

Relatório de Atividades Assistenciais

Contrato de Gestão nº 408/2024

Unidades de Saúde da Rede Assistenciais:

UBS Alto da Ponte

UBS Altos de Santana

UBS Jardim Telespark

UBS Santana

São José dos Campos

**Maio
2026**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS



Diretor do Departamento de Atenção Primária à Saúde
Pedro Santiago

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

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL.....	4
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES.....	8
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	8
4. FORÇA DE TRABALHO.....	10
5. INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE.....	12
6. INDICADORES DE PRODUÇÃO	39
7. INDICADORES DE GESTÃO	59
8. MELHORIAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS.....	65
9. EDUCAÇÃO EM PRÁTICAS ASSISTENCIAIS / AÇÕES EM SAÚDE.....	70
10. MANUTENÇÃO / ENGENHARIA CLÍNICA E PROJETOS	100
11. COMISSÕES.....	113
12. CONCLUSÃO.....	132

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim

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 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

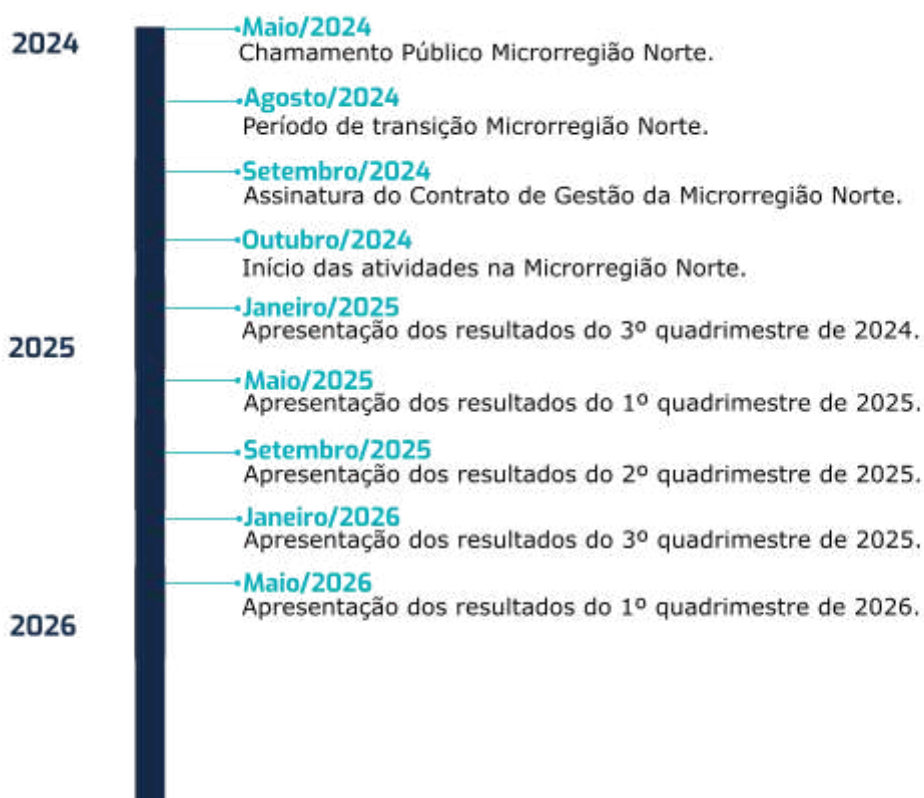
- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

Pilares Estratégicos

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

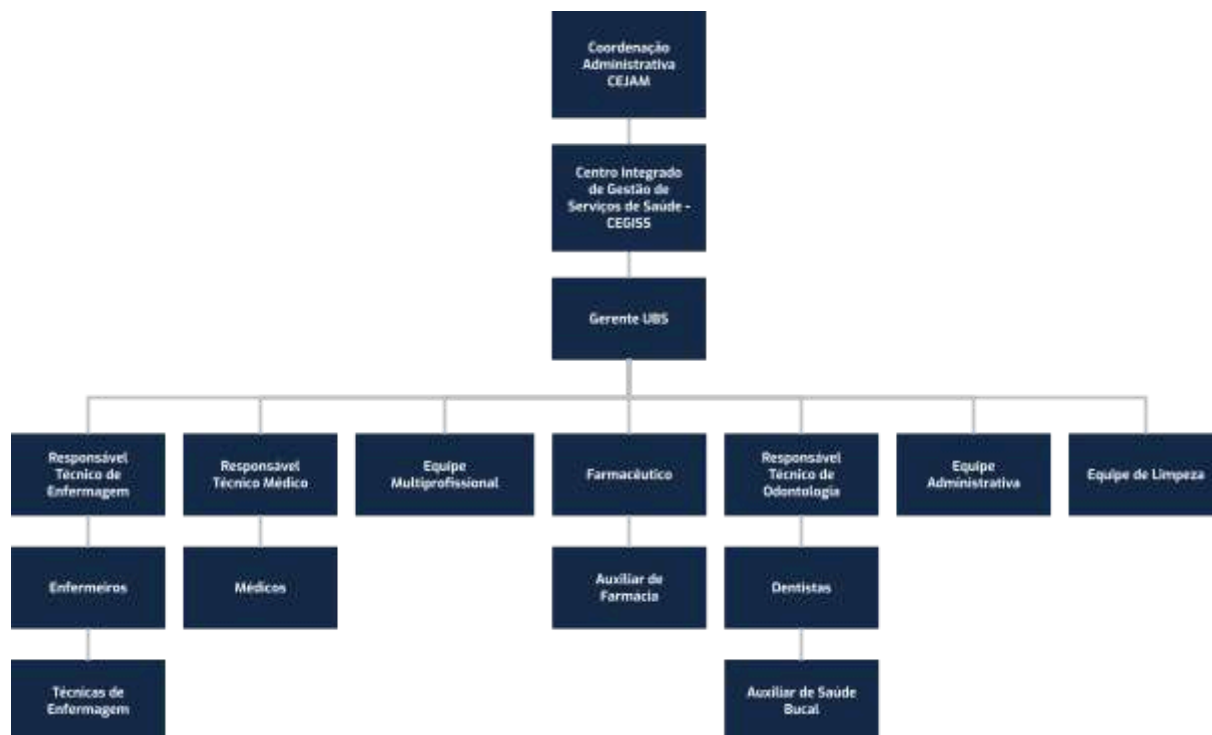
Linha do Tempo

A linha do tempo do CEJAM em São José dos Campos destaca os principais Maiores da gestão da Microrregião Norte. O cronograma inclui desde o chamamento público em maio/24, com o início efetivo das atividades em outubro/2024 e as prestações de contas. Durante esse período, ocorreu a transição administrativa e a assinatura do contrato de gestão.



Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da Atenção Primária à Saúde é fundamental para garantir um atendimento acessível, contínuo e resolutivo à população. A imagem a seguir apresenta a organização desse nível de atenção, destacando a distribuição de equipes, serviços e recursos que atuam na promoção, prevenção e cuidado integral à saúde da comunidade.



Gestão da Rede Assistencial do Contrato de Gestão nº 408 /2024

Em 1º de outubro de 2024, teve início o Contrato de Gestão nº 408/2024, firmado com o **Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim – CEJAM**, uma Organização Social de Saúde (OSS) qualificada no município de **São José dos Campos**. O contrato tem como objetivo a **implantação e**

o **gerenciamento técnico** das unidades de saúde listadas, garantindo a administração, gerenciamento e operacionalização das atividades das **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** da rede assistencial. O CEJAM, inscrito no **CNPJ nº 66.518.267/0001-83**, possui sede Avenida da Liberdade, 765, no bairro Liberdade em São Paulo - SP- CEP 01503-001 e será responsável pela execução das atividades assistenciais, bem como pela conservação e manutenção dos equipamentos públicos permissionados. A execução deste contrato está alinhada com as **Políticas de Saúde do SUS** e as diretrizes da **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**, conforme plano de trabalho aprovado.

Unidades contempladas e seus endereços:

- **UBS Alto da Ponte**

- 📍 Rua Alziro Lebrão, 386 - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12213-360
- ◆ CNES: 0009407

- **UBS Altos de Santana**

- 📍 Avenida Alto do rio doce, 1585 - Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12214-010
- ◆ CNES: 3473783

- **UBS Jardim Telespark**

- 📍 Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700
- ◆ CNES: 0009083

- **UBS Santana**

- 📍 Avenida Rui Barbosa, 2445 - Santana, São José dos Campos - SP, 12212000
- ◆ CNES: 0008990

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as produções realizadas na unidade são monitoradas pelos sistemas municipais (SAMS, E-SAMS, SIA TABNET), além de instrumentos próprios para consolidação dos dados.

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **1 a 31 de Maio de 2026**, nas quatro Unidades Básicas de Saúde da Microrregião Norte.

Serviços Oferecidos

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São José dos Campos, destacando a padronização da maioria dos atendimentos, como consultas médicas, administração de medicamentos, vacinação, exames laboratoriais, retirada de pontos e aferição de pressão arterial.

Serviços	UBS Alto da Ponte	UBS Altos de Santana	UBS Jardim Telespark	UBS Santana
Administração e dispensação de medicamentos	x	x	x	x
Aferição de Pressão Arterial	x	x	x	x
Atendimento odontológico	x	x	x	x
Atendimento/visitas domiciliares	x	x	x	x
Cateterismo vesical	x	x	x	x
Coleta de material para análises clínicas	x	x	x	x
Coleta de material para detecção e erros inatos do metabolismo (teste do pezinho)	x	x	x	x
Coleta de Papanicolaou	x	x	x	x
Consultas médicas, enfermagem e equipe multiprofissional	x	x	x	x
Cuidados com estomas	x	x	x	x
Grupos/PICS	x	x	x	x
Lavagem ouvido	x	x	x	x
Realização de Eletrocardiograma	x	x	x	x
Retirada de pontos	x	x	x	x
Sutura	x	x	x	x

Terapia de Reidratação Oral	x	x	x	x
Teste Imunológico de Gravidez	x	x	x	x
Testes rápidos	x	x	x	x
Tratamento de Feridas/curativo	x	x	x	x
Vacinas	x	x	x	x
Verificação de glicemia capilar	x	x	x	x
Verificação de medidas antropométricas	x	x	x	x
Verificação de temperatura	x	x	x	x
Vigilância em Saúde	x	x	x	x

4. FORÇA DE TRABALHO

Dimensionamento dos Colaboradores - Microrregião

A tabela a seguir apresenta o consolidado da força de trabalho prevista e efetiva, incluindo profissionais contratados sob os regimes CLT e PJ.

EQUIPE MÍNIMA		
Mês: maio/2026		
Setor	Cargo	Quantidade
Administrativo	Assistente Social (10h)	4
	Auxiliar de Farmácia (40h)	3
	Auxiliar de Saúde Bucal (40h)	10
	Auxiliar de Serviços Gerais (40h)	8
Assistencial	Dentista (40h)	10
	Enfermeiro (40h)	13
	Farmacêutico (40h)	4
	Gerente (40h)	4
	Jovem Aprendiz (30h)	4
	Médico Clínico Geral (20h)	4
	Médico Gineco-obstetra (20h)	2,5
	Médico Pediatra (20h)	2
	Médico Saúde da Família (40h)	11
	Nutricionista (10h)	4
	Recepcionista (40h)	12
	Técnico de Enfermagem (40h)	30
	Técnico de Farmácia (40h)	1
Total		126,5

O dimensionamento da equipe segue as necessidades identificadas na rede, considerando déficits, excedentes e ajustes conforme as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

UBS Altos de Santana: Atualmente, a unidade possui uma colaboradora técnica de enfermagem com contrato bloqueado devido à rescisão indireta. Para garantir a continuidade das atividades assistenciais, será efetuada uma nova contratação, com início em 03/06/2026.

UBS Santana: Segue abaixo justificativa por posto de trabalho:

Dentista (40h)

Em maio de 2026, observa-se 1 profissional excedente no quadro funcional em decorrência do afastamento temporário de uma cirurgiã-dentista em licença-maternidade, sendo necessária a reposição para manutenção da assistência odontológica.

Enfermeiro (40h)

Em maio de 2026, verifica-se a existência de 1 profissional excedente. Conforme os cadastros do E-SAMS, a população vinculada à unidade encontra-se acima do parâmetro de 2.000 pessoas por EAP de 20 horas. Embora o plano de trabalho preveja a atuação de dois enfermeiros de 40 horas na UBS Santana, o quantitativo atual de três profissionais mostra-se compatível com a demanda assistencial, considerando ainda o funcionamento da unidade por 11 horas ininterruptas e a necessidade de cobertura durante férias, licenças e demais afastamentos.

UBS Alto da Ponte: A unidade encontra-se em processo de contratação de Auxiliar em Saúde Bucal para composição da terceira equipe de Saúde da Família. Ressalta-se que a unidade também possui excedente no quadro de recursos humanos em razão do afastamento de uma recepcionista e duas enfermeiras por licença-maternidade.

UBS Telespark: O excedente de colaboradores na UBS decorre de afastamentos legais temporários.

Recepcionista(44h): Duas profissionais encontram-se em licença maternidade.

Técnico de enfermagem (40h): Do total de duas profissionais classificadas como excedentes, uma encontra-se em licença-maternidade e a outra em exercício de cobertura de afastamento. A contratação realizada possui caráter estritamente substitutivo, com o objetivo de assegurar a continuidade dos serviços e evitar desassistência, não configurando ampliação permanente do quadro de pessoal.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Os indicadores apresentados sofreram ajustes conforme ofício nº 113230/2024. De acordo com o documento, a meta do indicador de proporção de gestantes, puérperas e recém-nascidos acompanhados em visita domiciliar foi alterada para 80%. Além disso, foram excluídos os seguintes indicadores: Cadastro individual vinculado por equipe, Razão de solicitação de exames complementares por consulta, Índice de atendimento por condição avaliada (HAS, DM e Obesidade), Proporção de prematuridade, Taxa de internação hospitalar por queda na população com 60 e mais anos e taxa de óbitos perinatais. Ressalta-se que, embora o indicador de cadastro individual tenha sido formalmente excluído, seus dados serão apresentados para registro histórico.

Em função das atualizações contínuas nos sistemas de informação que subsidiam os indicadores, alguns valores podem sofrer alterações ao longo do tempo, tanto nos relatórios mensais quanto no quadrimestral. Além disso, devido à indisponibilidade/parcialidade de alguns relatórios do mês vigente, pode haver ausência de informações ou lacunas nos dados.

Para este mês, utilizamos para os cadastros vinculados os dados do sistema e-sams.

Indicadores de Desempenho e Qualidade

Qualidade - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Maio de 2026**.

	SJC Microrregião Norte: 11 eSF + 4 eAP + 11 eSB	01/05/2026			
		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Municipal	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	14.069	53.486
			Equipe 2	13.821	
			Equipe 3	12.169	

		Equipe 4	13.427	
Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥ 6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	35	74,47%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	47	
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	$\geq 60\%$	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	38	80,85%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	47	
Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	$\geq 60\%$	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	44	93,62%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	47	
Cobertura de citopatológico de colo útero	$\geq 40\%$	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	6.006	36,07%
		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	16.650	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	$\geq 95\%$	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	50	92,59%
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	54	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	5.929	54,42%
		Número total de hipertensos cadastrados	10.894	
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	2.307	51,89%
		Número total de diabéticos cadastrados	4.446	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	1.840	15,20%
		Número total de consultas médicas realizadas	12.104	

Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 13%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	530	11,89%
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	4.457	
Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	0,00%
		Total de internações hospitalares	0	
Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	206	76,58%
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	269	
Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	2.590	24,16%
		Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	10.720	
Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	226	98,26%
		Número total de profissionais cadastrados	230	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	16	39
		Quase Erro (Near Miss)	0	
		Não Conformidade	8	
		Incidente sem dano	8	
		Incidente com dano Grau I (leve)	3	
		Incidente com dano Grau II (moderado)	3	
		Incidente com dano Grau III (grave)	1	
		Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	7	39

 CEJ
AM

		Assistencial	32	
Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	≥ 85%	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	896	92,18%
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	972	
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	5.098	45,31%
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	11.252	
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	10.877	99,22%
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	10.963	
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	4.430	117,62%
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	3.766	

Análise crítica:

Para os indicadores supracitados que estão abaixo da meta vide as justificativas estão por serviço.

Fonte dos indicadores:

Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação, Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV e Proporção de gestante com atendimento odontológico

realizado: para estes indicadores apresentamos os resultados a partir dos relatórios disponíveis no sistema e-sams.

Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente: para este indicador apresentamos neste relatório resultados a partir de relatórios disponíveis no sistema e-sams.

Cobertura de citopatológico: para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de saúde da mulher disponibilizado pelo sistema e-sams conforme a população alvo do indicador.

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre: para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de pessoas com hipertensão disponibilizado pelo

sistema e-sams.

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre: para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de pessoas com diabetes do e-sams que já está customizado com a consulta e a solicitação de hemoglobina glicada.

Acesso à primeira consulta odontológica programática: teve como parâmetro o ofício nº 109196/24, que considera a necessidade de contemplar na agenda 56 atendimentos de primeira consulta odontológica programática, a meta é estabelecida por unidade.

Proporção de encaminhamentos para serviço especializado: foi estabelecido um fluxo mensal de envio das informações para a gerência das unidades, a microrregião norte esteve dentro do esperado.

Indicadores - TABNET municipal: ainda que os resultados não estejam disponibilizados no mês vigente, sinalizamos nas justificativas das unidades os resultados disponibilizados dos meses anteriores.

Proporção de internações por doenças preveníveis na atenção básica: Dados não disponíveis.

Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS) e Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS): O método de cálculo permanece o mesmo dos meses anteriores, ambos com meta de 80%.
Aguardando a contratação de ACS pela SMS.

Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito): este indicador pode sofrer alterações após a análise e tratativa das notificações pela comissão, visto que trata-se de uma pré classificação e as equipes estão em fase de aprendizado do processo de notificação e análise dos incidentes. Não há definição de meta já que se trata de cultura de segurança do paciente, sem função punitiva.

Notificações de Incidentes relacionados a assistência por tipo (administrativa, assistencial, entre outros): foram identificadas notificações sem a classificação por tipo. As unidades seguem com a sensibilização da equipe para a notificação de incidentes e o preenchimento adequado da informação.

Percentual de conformidade obtido nas avaliações realizadas em visitas técnicas do

Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica): Em 2026, as visitas técnicas foram realizadas pelas comissões das unidades.

Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos

últimos 2 anos: para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de saúde da mulher disponibilizado pelo sistema e-sams conforme a população alvo do indicador. Foi encaminhado o Ofício nº 0006/2026, para mudança e/ou correção do dado no sistema eSams, onde considera mamografia realizada, e a meta contratual é referente à mamografias solicitadas, como usávamos na fonte anterior - SAMS.

Prevalência de pessoas com hipertensão no território: para o cálculo deste indicador consideramos:

Numerador: Pessoas com hipertensão apontadas no relatório de pessoas com hipertensão do e-sams.

Denominador: população de HAS (26,4%) esperado pelo Vigitel, a partir da população acima de 18 anos, para a classificação da idade foi utilizado o relatório do TABNET.

Prevalência de pessoas com diabetes no território: desde junho/2025 está sendo utilizado o relatório de pessoas com diabetes do sistema e-SAMS, conforme acordado em reunião com DAPRIS.

Numerador: Pessoas com diabetes apontados no relatório de pessoas com hipertensão do e-sams.

Denominador: população de DM (9,08%) esperado pelo Vigitel, a partir da população acima de 18 anos, para a classificação da idade foi utilizado o relatório do TABNET.

Qualidade - UBS Alto da Ponte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Alto da Ponte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Maio de 2026**.

	UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB	maio/2026			
		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Municipal	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.532	13.302
			Equipe 2	3.907	
			Equipe 3	3.167	

		Equipe 4	2.696	
Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥ 6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	4	57,14%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	7	
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	$\geq 60\%$	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	4	57,14%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	7	
Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	$\geq 60\%$	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	6	85,71%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	7	
Cobertura de citopatológico de colo útero	$\geq 40\%$	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.496	39,37%
		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	3.800	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	$\geq 95\%$	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	7	87,50%
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	8	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.548	58,97%
		Número total de hipertensos cadastrados	2.625	
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	501	47,90%
		Número total de diabéticos cadastrados	1.046	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	397	12,83%
		Número total de consultas médicas realizadas	3.094	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	$\geq 16,5\%$	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	153	13,80%
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.109	
Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	0,00%

		Total de internações hospitalares	0	
Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	68	76,40%
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	89	
Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	1.036	28,22%
		Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.671	
Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	45	100,00%
		Número total de profissionais cadastrados	45	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	14	17
		Quase Erro (Near Miss)	0	
		Não Conformidade	2	
		Incidente sem dano	1	
		Incidente com dano Grau I (leve)	0	
		Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
		Incidente com dano Grau III (grave)	0	
		Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	0	17
		Assistencial	17	
Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	≥ 85%	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	204	99,51%
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	205	
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	1.140	44,83%
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	2.543	
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.619	104,83%

CEJAM

		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.498	
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.042	121,40%
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	858	

Análise crítica:

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV: Foi identificado que as três gestantes que não atingiram o critério estabelecido pelo indicador realizaram os testes rápidos para sífilis e HIV, conforme registrado nos atendimentos de enfermagem. Contudo, verificou-se que não houve o lançamento correto do procedimento correspondente no SIGTAP pelo enfermeiro no momento da abertura do pré-natal, o que impactou a contabilização adequada do indicador. Como medida corretiva, a equipe foi orientada quanto à importância do registro correto dos procedimentos realizados, visando garantir a fidedignidade das informações e o adequado monitoramento dos indicadores assistenciais.

Cobertura de citopatológico de colo útero: Observa-se evolução positiva no indicador de cobertura de exame citopatológico do colo do útero, com aumento de 38,04% em abril para 39,34% em maio, demonstrando avanço nas ações desenvolvidas pela equipe para ampliação do acesso ao exame. Entre os fatores que contribuíram para o não alcance da meta, destaca-se o absenteísmo, que correspondeu a 38% das pacientes agendadas para a realização do exame, impactando diretamente a cobertura do indicador.

Será intensificada a busca ativa das mulheres que atendem aos critérios para realização do exame e que passaram recentemente pela unidade sem realizar a coleta. A equipe realizará o monitoramento dessas usuárias, com abordagem durante os atendimentos, contato por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e oferta de vagas para coleta, com o objetivo de ampliar a cobertura e alcançar a meta estabelecida para o indicador.

Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente: Trata-se de criança com cadastro recente na unidade. Foi realizada busca ativa e convocação dos responsáveis para atualização da situação vacinal, porém não houve comparecimento à unidade até a data de elaboração deste relatório, permanecendo pendente a regularização do esquema vacinal.

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre: Foi observada redução na adesão dos usuários ao grupo Hiperdia, impactando o

acompanhamento regular das pessoas com diabetes. Como estratégia para ampliar a participação e qualificar a assistência prestada, foi implantada a realização do exame do pé diabético durante os encontros do grupo, visando estimular o comparecimento dos usuários, fortalecer o vínculo com a equipe e promover a prevenção e identificação precoce de complicações relacionadas à diabetes.

Proporção de encaminhamentos para serviço especializado: Até o momento de elaboração deste relatório não foi liberado informações pela SMS sobre o indicador acompanhado.

Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica: Consulta no TABNET realizada em 02/06/2026 sem atualizações.

Acesso à primeira consulta odontológica programática: Foi identificado um alto volume de faltas em um dos grupos de acesso. Como plano de ação, será adotada a estratégia de agendamento com overbooking, considerando o histórico de absenteísmo dos usuários, com o objetivo de otimizar o aproveitamento das vagas disponíveis e ampliar o acesso aos atendimentos.

Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS): Observou-se avanço significativo no acompanhamento de gestantes, puérperas e recém-nascidos em visita domiciliar pelos ACS, passando de 47,96% em abril para 76,40% em maio. Como estratégia para melhoria do indicador, foram implantadas reuniões mensais com a gerência da unidade e feedbacks ao longo do período sobre os acompanhamentos realizados, fortalecendo o monitoramento das visitas e a busca ativa dos casos pendentes. As ações contribuíram para a evolução do resultado, aproximando-o da meta pactuada.

Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS): Observou-se avanço no acompanhamento de diabéticos e hipertensos em visita domiciliar pelos ACS, passando de 19,30% em abril para 28,22% em maio. Como estratégia para melhoria do indicador, foram implantadas reuniões mensais com a gerência da unidade e feedbacks semanais sobre os acompanhamentos realizados, fortalecendo o monitoramento das visitas e a busca ativa dos usuários pendentes. As ações contribuíram para a evolução do resultado, porém o indicador ainda se mantém abaixo da meta pactuada, demandando continuidade e intensificação das estratégias adotadas.

Qualidade - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Maio de 2026**.

UBS Altos de Santana: 4 eSF + 3 eSB	maio/2026			
	Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.400	14.574
		Equipe 2	3.304	
		Equipe 3	4.290	
		Equipe 4	3.580	
Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥ 6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	9	69,23%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	13	
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	$\geq 60\%$	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	12	92,31%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	13	
Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	$\geq 60\%$	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	13	100,00%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	13	
Cobertura de citopatológico de colo útero	$\geq 40\%$	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.543	33,95%
		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	4.545	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	$\geq 95\%$	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	12	100,00%
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	12	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.457	54,73%
		Número total de hipertensos cadastrados	2.662	

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	≥ 50%	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	583	49,53%
		Número total de diabéticos cadastrados	1.177	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	488	15,48%
		Número total de consultas médicas realizadas	3.153	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 15,4%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	200	16,47%
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.215	
Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	0,00%
		Total de internações hospitalares	0	
Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	86	83,50%
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	103	
Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	932	24,28%
		Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.839	
Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	41	91,11%
		Número total de profissionais cadastrados	45	
CEJ AM Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	0
		Quase Erro (Near Miss)	0	
		Não Conformidade	0	
		Incidente sem dano	0	
		Incidente com dano Grau I (leve)	0	
		Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
		Incidente com dano Grau III (grave)	0	
		Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	

Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	0	0
		Assistencial	0	
Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	≥ 85%	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	181	81,53%
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	222	
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	1.405	45,99%
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	3.055	
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.655	96,88%
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.741	
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.173	124,59%
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	942	

Análise Crítica:

Cobertura de citopatológico de colo útero: Em relação ao mês de maio, permanecemos abaixo da meta. Como ação de melhoria, foi implementado na unidade um grupo de WhatsApp com o objetivo de ampliar o acesso das pacientes a informações, campanhas e orientações sobre a importância da realização do exame preventivo. No período, foram disponibilizadas 110 vagas para coleta de exame preventivo, além das vagas destinadas à demanda espontânea às segundas-feiras. Como estratégia para ampliação da cobertura, estão programadas ações extramuros no território, com realização de coleta de exames preventivos pelo médico da área, em parceria com uma igreja local e também em atividade domiciliar previamente organizada na residência de uma paciente, visando facilitar o acesso das mulheres elegíveis ao procedimento. Para o próximo período, serão mantidas as ações já iniciadas e intensificada a busca ativa em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, foi realizada a análise de 40 mulheres que constavam no relatório como estando com exame preventivo em atraso. Durante a avaliação, identificou-se que essas pacientes já haviam realizado o exame, porém houve falhas no fechamento do BDA, resultando na não contabilização adequada dos procedimentos. Como medida, foi realizado treinamento com a equipe responsável pelo registro e fechamento do BDA, reforçando os critérios para o correto preenchimento e encerramento dos atendimentos. A atividade foi formalizada por meio de lista de ciência dos participantes. Considerando as ações implementadas, a correção das inconsistências identificadas e o fortalecimento das estratégias de busca ativa, espera-se melhora dos resultados e avanço no alcance da meta durante o mês de junho.

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre: No mês de maio, este indicador ficou 0,47% abaixo da meta estabelecida. Como plano de ação, será intensificada a busca ativa dos pacientes que necessitam de acompanhamento, bem como a orientação da equipe quanto à solicitação do exame de hemoglobina glicada. Além disso, serão fortalecidas as ações do grupo de hipertensos, reforçando a importância do acompanhamento regular na unidade de saúde para o controle adequado das condições crônicas e melhoria dos resultados do indicador.

Proporção de encaminhamentos para serviços especializados: Os dados referentes ao período ainda não foram disponibilizados até a data de 02/06/2026.

Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção básica: Os dados referentes ao período ainda não foram disponibilizados até a data de 02/06/2026.

Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS): A unidade conta atualmente com 12 Agentes Comunitários de Saúde, frente a um quantitativo ideal de 16 profissionais. Desses, dois encontram-se 100% readaptados, o que impacta diretamente o alcance da meta. Adicionalmente, no período avaliado, houve redução da força de trabalho em decorrência de férias, participação em cursos, afastamentos por atestados médicos e feriado, fatores que comprometeram a cobertura das atividades. Como estratégias de melhoria do indicador, foram reforçadas as orientações quanto ao uso do tablet e ao registro correto e diário das atividades no sistema. Também foram instituídas reuniões semanais com ACS, enfermeiros e médicos da área, com foco no acompanhamento das visitas domiciliares, especialmente dos grupos prioritários. Paralelamente, realizamos reuniões mensais com a gerência para análise dos indicadores e alinhamento das demandas da unidade. No momento, aguardamos a contratação de novos ACS pela Secretaria Municipal de Saúde para recomposição da equipe.

Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES - Neste mês, a meta não foi atingida em razão do processo de atualização no CNES da SMS, referente à exclusão e inclusão de profissionais. Foram solicitadas as exclusões de duas profissionais recepcionistas, bem como a inclusão de uma profissional médica e uma ASB. A Ficha 21 foi encaminhada ao setor responsável após a solicitação de desligamento das colaboradoras, ocorrida na segunda quinzena de Abril e Maio, juntamente com a solicitação de inclusão da nova profissional.

Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):

Como plano de ação para a melhoria deste indicador, será realizado, em 09/06/2026, um treinamento com toda a equipe, abordando o fluxo de notificações, a importância do registro adequado e o impacto das notificações nos processos assistenciais e nos indicadores da unidade. A capacitação contará com lista de ciência dos participantes, visando garantir a disseminação das orientações e o alinhamento das condutas entre os colaboradores. Além disso, serão mantidas as ações de monitoramento e acompanhamento da equipe, com o objetivo de fortalecer a cultura de notificação e qualificar continuamente o processo.

Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica): Para este indicador, mantivemos o percentual de 81%. A unidade permanece acompanhando os processos relacionados e aguarda a próxima auditoria, prevista para julho de 2026, para avaliação e validação dos resultados, bem como identificação de oportunidades de melhoria.

Qualidade - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Maio de 2026**.

UBS Jardim Telespark: 3 eSF + 1 eSB	01/05/2026			
	Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.409	11.028
		Equipe 2	4.178	
		Equipe 3	3.441	
Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	10	71,43%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	14	
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	14	100,00%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	14	
Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	13	92,86%
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	14	
Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.360	37,16%
		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	3.660	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	19	100,00%
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	19	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.231	54,81%
		Número total de hipertensos cadastrados	2.246	
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada	≥ 50%	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	672	69,71%

CEJAM	no semestre		Número total de diabéticos cadastrados	964	
	Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	295	12,52%
			Número total de consultas médicas realizadas	2.357	
	Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 5,5%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	37	4,03%
			Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	919	
	Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	0,00%
			Total de internações hospitalares	0	
	Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	52	67,53%
			Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	77	
	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	622	19,38%
			Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.210	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	70	100,00%
			Número total de profissionais cadastrados	70	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	2
Quase Erro (Near Miss)			0		
Não Conformidade			0		
Incidente sem dano			1		
Incidente com dano Grau I (leve)			0		
Incidente com dano Grau II (moderado)			0		
Incidente com dano Grau III (grave)			1		
Incidente com dano Grau IV (óbito)			0		
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	0	2	
		Assistencial	2		

Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	≥ 85%	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	259	92,83%
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	279	
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	1.189	49,21%
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	2.416	
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.242	94,55%
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.371	
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	961	117,96%
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	815	

Análise Crítica:

Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação: No período avaliado, foram acompanhadas 14 gestantes pela equipe de saúde. Deste total, 10 gestantes concluíram o cuidado pré-natal conforme o indicador preconizado, realizando pelo menos seis consultas de pré-natal, com início do acompanhamento até a 12ª semana de gestação.

Observa-se que o alcance do indicador foi impactado por situações específicas relacionadas ao momento de captação das gestantes. Entre os casos analisados, uma gestante foi admitida já em acompanhamento proveniente do município de Guarujá, apresentando idade gestacional avançada no momento da vinculação ao serviço, o que impossibilitou o cumprimento do critério de início precoce do pré-natal pela equipe local.

Além disso, três gestantes tiveram a confirmação da gestação após a 12ª semana gestacional, iniciando imediatamente o acompanhamento pré-natal após o diagnóstico. Embora tenham aderido ao seguimento assistencial a partir da identificação da gravidez, o início tardio impossibilitou o alcance integral do indicador estabelecido.

A análise demonstra que os principais fatores relacionados ao não cumprimento da meta não estiveram associados à ausência de oferta ou acesso ao serviço, mas principalmente à captação tardia das gestantes e à entrada de usuárias já em idade gestacional avançada oriundas de outros territórios. Tal cenário reforça a necessidade de fortalecimento das estratégias de identificação precoce da gestação, busca ativa de mulheres em idade fértil e ampliação das ações educativas voltadas ao reconhecimento precoce dos sinais iniciais da gravidez.

Apesar das limitações identificadas, observa-se boa adesão ao acompanhamento pré-natal entre as gestantes acompanhadas, evidenciando o comprometimento da equipe com a assistência materno-infantil e a qualificação do cuidado durante o período gestacional.

Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado: O indicador apresentou resultado satisfatório, com 13 das 14 gestantes acompanhadas realizando atendimento odontológico, correspondendo a 92,9% de cobertura. A única não adesão registrada ocorreu por decisão da própria usuária, apesar das orientações e esclarecimentos fornecidos pela equipe sobre a importância do acompanhamento odontológico durante o pré-natal.

Como medida de melhoria contínua, serão mantidas as ações de orientação, sensibilização e acompanhamento das gestantes, visando fortalecer a adesão e garantir a integralidade do cuidado.

Cobertura de citopatológico: No período analisado, o indicador de cobertura de exame citopatológico atingiu 37,16%, permanecendo abaixo da meta estabelecida de 40%. Apesar de o resultado ainda se encontrar aquém do esperado, observa-se manutenção de desempenho próximo ao parâmetro pactuado, evidenciando o impacto das estratégias implementadas pelas equipes.

Permanecem em execução as ações de busca ativa das usuárias por meio do sistema E-SAMS, orientações e coleta do exame nas ações extramuros e organização das agendas para atendimento da demanda espontânea e programada.

Diante do resultado alcançado, será dada continuidade ao plano de ação previamente estabelecido, com monitoramento sistemático das mulheres elegíveis e fortalecimento das estratégias de captação e sensibilização, visando ampliar a adesão ao exame e alcançar a meta pactuada nos próximos ciclos de avaliação.

Acesso à primeira consulta odontológica programática: No período avaliado, o indicador de acesso à primeira consulta odontológica programática atingiu 4,03%, e a meta estabelecida é de

5,5%. O resultado está relacionado à elevada demanda assistencial da unidade, que possui uma população adscrita superior a 12 mil usuários e conta com apenas uma Equipe de Saúde Bucal.

Considerando a agenda odontológica saturada e a extensa fila de espera, a estratégia adotada no período foi a ampliação da vazão dos pacientes já inseridos no acompanhamento odontológico, com utilização de parte das vagas destinadas às primeiras consultas para atendimento da demanda reprimida. Essa medida teve como objetivo reduzir o tempo de espera dos pacientes em tratamento e promover maior resolutividade do cuidado, ainda que tenha impactado temporariamente o alcance do indicador de primeira consulta odontológica programática.

Medidas de melhoria:

- Intensificar ações coletivas de promoção e prevenção em saúde bucal, reduzindo a demanda por atendimentos curativos.
- Monitorar mensalmente a fila de espera e os índices de absenteísmo para otimizar o preenchimento das vagas.
- Fortalecer ações de orientação aos usuários em sala de espera quanto ao comparecimento às consultas agendadas, reduzindo faltas e aumentando o aproveitamento da agenda.

Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica: No período analisado, não foi possível avaliar o indicador referente a Maio/26, em razão da indisponibilidade dos dados no sistema Tabnet. Contudo, destaca-se a atualização dos dados de Março/26, que evidenciou 8 internações por condição sensível à APS dentre um total de 60 internações, correspondendo a 13,33%, resultado que atende ao parâmetro estabelecido.

Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS): No período avaliado, o indicador de acompanhamento domiciliar de gestantes, puérperas e recém-nascidos pelos Agentes Comunitários de Saúde atingiu 67,53%, permanecendo abaixo da meta estabelecida de 80%. Entretanto, observa-se evolução significativa em relação ao mês anterior, quando o indicador registrou 12,79%, demonstrando impacto positivo das ações implementadas pela equipe.

Do total de 77 gestantes elegíveis para acompanhamento, 52 receberam visita domiciliar efetiva. As demais 25 não tiveram a visita concluída em razão de ausência no domicílio ou por não residirem mais no território adscrito. Esses fatores interferem diretamente no alcance da meta e evidenciam desafios relacionados à efetividade das visitas programadas.

O expressivo avanço observado no período indica que as estratégias adotadas anteriormente contribuíram para a melhoria do desempenho do indicador, reforçando a importância da manutenção e do aperfeiçoamento das ações de monitoramento e acompanhamento territorial.

Considerando os resultados alcançados e a efetividade das medidas implementadas, serão mantidas as reuniões semanais de alinhamento com os Agentes Comunitários de Saúde e a equipe de enfermagem, com foco no planejamento, monitoramento e qualificação das visitas domiciliares direcionadas aos grupos prioritários.

Ressalta-se que o indicador encontra-se em análise pelo DAPRIS, podendo subsidiar ajustes nos processos de trabalho para melhoria do desempenho.

Proporção de pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão acompanhadas em visita domiciliar (ACS): No período avaliado, o indicador de acompanhamento domiciliar de pessoas com hipertensão e diabetes alcançou 19,38%, apresentando evolução, mesmo que pouco expressiva, em relação ao mês anterior (13,76%). Apesar do avanço, o resultado permanece abaixo do parâmetro esperado, refletindo desafios relacionados à capacidade operacional da equipe frente à elevada demanda assistencial.

Atualmente, a unidade conta com 9 Agentes Comunitários de Saúde para o acompanhamento de 3.210 pessoas com hipertensão e/ou diabetes, cenário que impacta diretamente a cobertura e a regularidade das visitas domiciliares. Além disso, foram identificadas fragilidades nos registros das visitas, especialmente quanto à correta classificação dos usuários nos sistemas de informação.

Considerando a melhora observada no indicador, serão mantidas as estratégias já implementadas, incluindo reuniões periódicas de alinhamento com os ACS e equipe de enfermagem, qualificação do planejamento das visitas aos grupos prioritários e fortalecimento dos registros nos sistemas oficiais. As ações visam ampliar a cobertura do acompanhamento domiciliar, qualificar o monitoramento do indicador e garantir maior continuidade do cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes.

Ressalta-se que o indicador permanece em análise pelo DAPRIS.

Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica): No mês de maio, foram realizadas 4 (quatro) visitas técnicas em setores distintos classificados com criticidade elevada, com periodicidade de avaliação trimestral. Os setores avaliados foram: Sala de Odontologia, Sala de Coleta, Sala de Curativos e Sala de Vacinação.

Durante as inspeções, foram avaliados 279 itens, dos quais 258 encontravam-se em conformidade com os critérios e requisitos estabelecidos.

Destaca-se que a maior parte das não conformidades identificadas está relacionada a adequações estruturais. Para essas situações, foram realizados os devidos registros e a abertura de chamados para acompanhamento e execução das ações corretivas necessárias.

Os resultados obtidos demonstram elevado índice de conformidade nos setores avaliados, evidenciando a manutenção dos padrões de qualidade, segurança e organização dos processos assistenciais. As oportunidades de melhoria identificadas permanecem sob monitoramento contínuo, visando à adequação integral dos ambientes e ao fortalecimento das boas práticas institucionais.

Qualidade - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Maio de 2026**.

	UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB	maio/2026			
		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Municipal	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.728	14.582
			Equipe 2	2.432	
			Equipe 3	1.271	
			Equipe 4	7.151	
	Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥ 6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	12	92,31%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	13	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	$\geq 60\%$	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	8	61,54%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	13	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	$\geq 60\%$	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	12	92,31%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	13	

Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.607	34,60%
		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	4.645	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	12	80,00%
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	15	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.693	50,37%
		Número total de hipertensos cadastrados	3.361	
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	≥ 50%	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	551	43,76%
		Número total de diabéticos cadastrados	1.259	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	660	18,86%
		Número total de consultas médicas realizadas	3.500	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 13%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	140	11,52%
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.215	
Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	0,00%
		Total de internações hospitalares	0	
Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	70	100,00%
		Número total de profissionais cadastrados	70	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	2	20
		Quase Erro (Near Miss)	0	
		Não Conformidade	6	
		Incidente sem dano	6	

CEJAM

		Incidente com dano Grau I (leve)	3	
		Incidente com dano Grau II (moderado)	3	
		Incidente com dano Grau III (grave)	0	
		Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	7	20
		Assistencial	13	
Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	≥ 85%	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	252	94,74%
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	266	
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	1.364	42,12%
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	3.238	
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	3.361	100,25%
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	3.353	
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.254	108,87%
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	1.152	

Análise crítica:

Cobertura de citopatológico colo de útero: A cobertura de citopatológico do colo do útero, no mês de maio de 2026, apresentou percentual de 34,89%, permanecendo abaixo da meta estabelecida. No período, foram realizados 512 atendimentos ginecológicos, correspondendo a 108% da meta de produtividade da especialidade, e efetuadas 127 coletas de exame citopatológico. A unidade realiza acompanhamento contínuo do indicador por meio de controle interno e monitoramento dos registros no sistema E-SaMS. Durante a análise dos dados, foi identificada inconsistência nos registros, uma vez que aproximadamente 52,8% (67 de 127) das coletas registradas pela unidade não foram localizadas na extração do E-SaMS utilizada para composição do indicador. Diante do cenário identificado, foram instituídas ações de treinamento, monitoramento e

fiscalização semanal dos registros realizados pelos profissionais responsáveis pela coleta, visando garantir a correta inserção dos procedimentos no sistema. A qualificação dos registros permitirá maior fidedignidade das informações produzidas pela unidade, assegurando que os dados assistenciais sejam devidamente refletidos nos indicadores de acompanhamento. Destaca-se que a unidade ampliou a oferta de vagas para atendimento ginecológico e atualmente opera com 100% da capacidade instalada do consultório de ginecologia, não havendo possibilidade de expansão adicional da oferta assistencial. Entretanto, observa-se índice de absenteísmo de 26%, o que compromete o aproveitamento integral das vagas disponibilizadas. A unidade já desenvolve ações permanentes para enfrentamento do absenteísmo, incluindo confirmação prévia das consultas, divulgação periódica dos indicadores às equipes e orientações às usuárias em sala de espera sobre a importância do comparecimento aos atendimentos agendados e da realização do exame preventivo. Nesse contexto, a redução das faltas representa a principal estratégia para ampliar o número de coletas realizadas, por meio do melhor aproveitamento da capacidade assistencial já existente. Com a melhoria da qualidade dos registros e a redução do absenteísmo, espera-se alcançar maior percentual de acompanhamento da população-alvo e evolução positiva do indicador nos próximos ciclos de avaliação.

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no

semestre: No mês de maio de 2026, a unidade registrou 1.259 pessoas com diabetes acompanhadas, quantitativo superior ao número estimado de pessoas com diabetes na população cadastrada, representando uma prevalência de 108,87%. Esse cenário evidencia um importante desafio assistencial, considerando a elevada carga de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) presente no território, ao mesmo tempo em que demonstra a capacidade da equipe em identificar, vincular e acompanhar os munícipes dentro da linha de cuidado da pessoa com diabetes. No período, 551 pessoas foram avaliadas, correspondendo a 43,76% do total de pessoas acompanhadas. Embora o indicador permaneça abaixo da meta estabelecida, observa-se manutenção do acompanhamento clínico e intensificação das ações voltadas ao monitoramento das condições crônicas, especialmente diante do elevado número de pessoas com diabetes cadastradas e acompanhadas pela unidade. Entre as estratégias desenvolvidas, destaca-se o monitoramento sistemático dos resultados de hemoglobina glicada, com o objetivo de garantir que todos os usuários com exames realizados passem por avaliação médica e que aqueles já avaliados realizem os exames de acompanhamento de forma adequada. A ação busca otimizar o aproveitamento dos dados disponíveis, reduzindo situações em que o usuário realiza consulta sem exame atualizado ou realiza o exame sem posterior avaliação clínica, fortalecendo a continuidade e a efetividade do cuidado. A equipe também mantém a realização de buscas ativas direcionadas aos usuários que não realizam acompanhamento há mais de um ano, grupo que corresponde a aproximadamente 30% das pessoas

cadastradas com diabetes. Essa estratégia visa ampliar o vínculo, resgatar pacientes em acompanhamento irregular e promover a retomada do seguimento clínico conforme preconizado pelas linhas de cuidado. Como plano de ação, serão mantidas e intensificadas as buscas ativas, o acompanhamento dos exames laboratoriais, a organização da agenda com garantia de vagas para seguimento programado e o fortalecimento dos grupos de Hiperdia realizados semanalmente. Também será priorizada a qualificação dos registros no sistema e-SaMS, com atenção ao correto lançamento de CID, CIAP, solicitação de exames e registro das avaliações realizadas. Além disso, a equipe seguirá promovendo orientações sobre autocuidado, adesão terapêutica e a importância do acompanhamento periódico, buscando ampliar o percentual de pessoas avaliadas, melhorar o controle clínico da população acompanhada e qualificar a assistência prestada.

Acesso à primeira consulta odontológica programática: No mês de maio de 2026, o indicador alcançou 11,62%, totalizando 140 primeiras consultas realizadas no período, resultado próximo à meta estabelecida de 13%. O desempenho demonstra a consistência das ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal para ampliação do acesso e inserção dos usuários na linha de cuidado odontológico. Além das consultas individuais, foram realizados 311 atendimentos coletivos, contemplando ações em escolas e atividades de UBS na Rua, com desenvolvimento de orientações em saúde bucal, avaliações odontológicas e escovação supervisionada. Essas iniciativas fortalecem as ações de promoção e prevenção, ampliando o alcance das atividades da equipe junto à população do território. Para fortalecimento do indicador, foram mantidas ações de divulgação e sensibilização na sala de espera da unidade, com destaque para as atividades do Maio Vermelho, voltadas à prevenção e identificação precoce do câncer de boca. Também foram realizadas captação de munícipes durante os atendimentos de demanda espontânea e organização de grupos programáticos às terças e quartas-feiras, ampliando a oferta de vagas para ingresso no cuidado odontológico. Destaca-se ainda a continuidade das visitas domiciliares vinculadas ao Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), com foco no cadastramento, acompanhamento e monitoramento dos usuários domiciliados, garantindo acesso ao cuidado odontológico para pessoas com dificuldades de locomoção. Paralelamente, as ações desenvolvidas por meio da estratégia UBS na Rua contribuíram para ampliar o acesso às orientações preventivas, às atividades educativas e às práticas de escovação supervisionada, fortalecendo o vínculo entre a unidade e a comunidade. Como plano de ação, serão mantidas as atividades nas escolas e comunidades do território, dando continuidade à estratégia UBS na Rua, com foco na educação em saúde bucal, prevenção de agravos, escovação supervisionada e ampliação do acesso precoce de crianças, adolescentes e demais munícipes ao cuidado odontológico. Permanecerão também as abordagens dos usuários em sala de espera, a captação ativa de novos pacientes para ingresso na linha de cuidado, o monitoramento contínuo do indicador e a manutenção das estratégias já implementadas, visando o crescimento progressivo do

resultado e o alcance da meta nos próximos períodos.

6. INDICADORES DE PRODUÇÃO

As tabelas abaixo apresentam o desempenho das equipes da Microrregião Norte de São José dos Campos (11 ESF, 4 EAP, 11 ESB) no mês de **Maio de 2026**. São monitorados atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos e visitas domiciliares, comparando metas previstas, realizadas e ajustes conforme os dias úteis. O objetivo é acompanhar a produtividade e apoiar a gestão na melhoria dos serviços de saúde.

Produção - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Produção para **Maio de 2026**.

SJC Microrregião Norte: 1 eSF + 4 eAP + 11 eSB		Indicadores	maio/2026								Dias úteis: 20		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado mai./26	% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)	
SMS C	Médico Saúde da Família (40h)	Consulta Médica	11	11	416	4.576	4.548	4.659	102%	4.576	102%	4.160	112%
		Atendimento Domiciliar					111						
SMS C	Médico Clínico Geral (20h)	Consulta Médica	4	4	208	832	1.083	1.099	132%	832	132%	756	145%
		Atendimento Domiciliar					16						
SMS C	Médico Gineco-obstetra (20h)	Consulta Médica	2,5	2,5	208	520	512	512	98%	520	98%	473	108%
		Atendimento Domiciliar					0						
SMS C	Médico Pediatra (20h)	Consulta Médica	2	2	208	416	334	334	80%	416	80%	378	88%
		Atendimento Domiciliar					0						
SMS C	Enfermeiro (40h)	Consulta de Enfermagem	13	10	208	2.704	3.373	3.402	126%	2.080	164%	1.891	180%
		Atendimento Domiciliar					29						

SMS	Dentista (40h)	Primeira Consulta Odontológica Programática	10	10	208	2.080	530	2.004	96%	2.080	96%	1.891	106%
		Atendimento Individual					1.474						
SUBTOTAL SMS:			42,5	39,5	1.456	11.128	12.010	105,80 %	10.504	112,09%	9.549	123,30%	
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	44	34	200	8.800	5.051	3.327	37,81%	6.800	48,93%	6.182	53,82%
TOTAL SMS:			86,5	73,5	1.656	19.928	17.061	96,09%	17.304	103,07%	15.731	113,38%	

SJC Microrregião Norte: 1 eSF + 4 eAP + 11 eSB					maio/2026
Serviços	UBS Alto da Ponte	UBS Altos de Santana	UBS Jardim Telespark	UBS Santana	Total
Dispensação de medicamentos	3.669	4.045	3.412	4.170	15.296
Recepção	2.893	2.696	2.229	3.135	10.953
Coleta de exames	692	630	576	715	2.613
Escuta inicial	1.025	1.600	1.019	964	4.608
Hipodermia	876	1.246	1.020	1.397	4.539
Vacinas aplicadas	906	1.418	1.077	1.214	4.615

Produção - UBS Alto da Ponte

UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB			Indicadores		maio/2026							Dias úteis: 20	
					Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado mai./26	% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)
SMS	Médico	Consulta Médica	4	4	416	1.664	1.642	1.687	101,38%	1.664	101,38%	1.513	111,52%
C		Atendimento Domiciliar					45						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	4	4	208	832	717	731	87,86%	832	87,86%	756	96,65%
C		Atendimento Domiciliar					14						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	153	664	106,41%	624	106,41%	567	117,05%
		Atendimento Individual					511						
SUBTOTAL SMS:			11	11	832	3.120	3.082	3.082	98,55%	3.120	98,55%	2.836	108,41%
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	16	13	200	3.200	2.233	2.233	69,78%	2.600	85,88%	2.364	94,47%
TOTAL SMS:			27	24	1.032	6.320	5.315	5.315	91,36%	5.720	95,38%	5.200	104,92%

Análise crítica:

Enfermeiro: A meta de consultas de enfermagem não foi integralmente atingida no período em razão da ocorrência de vagas ociosas decorrentes da não utilização de parte das agendas disponibilizadas. Após análise dos indicadores e monitoramento do processo de agendamento, foi identificada a necessidade de aprimorar as estratégias de ocupação das vagas ofertadas.

Como plano de ação, foi implantado o acompanhamento semanal das agendas, com realização de busca ativa dos usuários elegíveis e monitoramento contínuo das vagas disponíveis, visando otimizar o aproveitamento da capacidade instalada e garantir o preenchimento de 100% das

vagas ofertadas. Espera-se, com essas medidas, ampliar o acesso da população e melhorar o desempenho do indicador no próximo mês de avaliação.

ACS: O indicador apresentou evolução significativa no período, passando de 69,57% em abril para 94,17% em maio, representando um aumento de 22,58% e evidenciando o impacto positivo das estratégias implantadas e o comprometimento das equipes com o acompanhamento dos usuários do território.

Entre as ações implementadas, destacam-se a realização de reuniões mensais entre os Agentes Comunitários de Saúde e a gerência para alinhamento dos processos de trabalho, o fornecimento de feedbacks contínuos ao longo do mês pelo gerente da unidade e o acompanhamento sistemático realizado pelo enfermeiro da equipe. Essas estratégias fortaleceram o monitoramento das visitas domiciliares, contribuindo para a melhoria do indicador e para a qualificação da assistência prestada à população, refletindo diretamente no desempenho alcançado.

UBS Alto da Ponte	maio/2026						
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	Justificativa
Equipe 1	936	2.391	800	600	451	75,17%	5: Atestado 6: Digitação manhã 7: Artesanato tarde 12: Reunião de equipe tarde 13: Digitação manhã 14: Artesanato tarde 15: Horário de banco tarde 19: Reunião de equipe tarde 21: Artesanato tarde 26: Reunião de equipe 27: Digitação ; 5: Atestado 6: Digitação manhã 7: Artesanato tarde 12: Reunião de equipe tarde 13: Digitação manhã 14: Artesanato tarde 15: Horário de banco tarde 19: Reunião de equipe tarde 21: Artesanato tarde 26: Reunião de equipe 27: Digitação ; 5: Atestado 6: Digitação manhã 7: Artesanato tarde 12: Reunião de equipe tarde 13: Digitação manhã 14: Artesanato tarde 15: Horário de banco tarde 19: Reunião de equipe tarde 21: Artesanato tarde 26: Reunião de equipe 27: Digitação ;

Equipe 2	1.037	2.030	800	600	513	85,50%	<p>05: Reunião de equipe tarde</p> <p>06: Horário de banco tarde</p> <p>07: Ação de saúde bucal manhã e digitação a tarde</p> <p>08: Digitação manhã</p> <p>12: Reunião de equipe tarde</p> <p>14: Digitação manhã</p> <p>15: banco de horas tarde</p> <p>19: Reunião de equipe tarde</p> <p>21: Digitação tarde</p> <p>22: Digitação manhã</p> <p>25: UBS NA RUA</p> <p>26: Reunião de equipe tarde</p> <p>28: Digitação tarde</p> <p>29: Digitação manhã; 04: Vacina acamados</p> <p>05: Reunião de equipe tarde</p> <p>08: Digitação manhã</p> <p>12: Reunião de equipe tarde</p> <p>15: Horário de banco tarde</p> <p>19: Reunião de equipe tarde</p> <p>22: Digitação manhã</p> <p>25: UBS NA RUA</p> <p>26: Reunião de equipe tarde</p> <p>28: Digitação tarde</p> <p>29: Digitação manhã; 05: Reunião de equipe tarde</p> <p>06: Horário de banco tarde</p> <p>07: Digitação tarde</p> <p>08: Digitação manhã</p> <p>12: Reunião de equipe tarde</p> <p>14: Digitação tarde</p> <p>15: Digitação manhã</p> <p>19: Reunião de equipe tarde</p> <p>21: Digitação tarde</p> <p>22: Digitação manhã , horário de banco tarde</p> <p>25: UBS na rua</p> <p>26: Reunião de equipe tarde</p> <p>28: Digitação tarde</p> <p>29: Digitação manhã</p> <p>;</p>
----------	-------	-------	-----	-----	-----	--------	---

Equipe 3	1.562	2.406	800	800	881	110,13%	<p>04: Digitação manhã 05: Digitação tarde 06: Lian Gong manhã e reunião tarde 11: Digitação manhã 12: Digitação tarde 13: Reunião de equipe tarde 14: Capacitação CEFE manhã 15: Horário de banco 18: Digitação manhã 19: Digitação tarde 20: Reunião de equipe tarde 21: Ação odonto manhã 25: Digitação manhã 26: Digitação tarde 27: Reunião de equipe tarde 28: Ação na escola 29: Atestado ; 04: Digitação manhã horário de banco tarde 05: Digitação tarde 06: Reunião de equipe tarde 11: Digitação manhã 13: Reunião de equipe tarde 14: Capacitação CEFE manhã 18: Digitação manhã e banco de horas 19: Digitação tarde 20: Reunião de equipe tarde 25: Digitação manhã 26: Atestado 27: Reunião de equipe tarde 28: Ação escola manhã; 04: Digitação manhã 05: Digitação tarde 06: Reunião de equipe tarde 07: Ação saúde bucal manha artesanato tarde 08: Horário de banco tarde 11: Digitação manhã 13: Reunião de equipe tarde 14: artesanato tarde 18: Digitação manhã Horário de banco tarde</p>
----------	-------	-------	-----	-----	-----	---------	---

							<p>19: Digitação tarde 20: Reunião de equipe tarde 21: Artesanto tarde 25: Digitação manhã 26: Digitação tarde 27: Reunião de equipe tarde; 04: Digitação manhã 05: Digitação tarde 06: Lian Gong manhã e reunião tarde 11: Digitação manhã 12: Digitação tarde 13: Reunião de equipe tarde 14: Capacitação CEFE manhã 15: Horário de banco 18: Digitação manhã 19: Digitação tarde 20: Reunião de equipe tarde 21: Ação odonto manhã 25: Digitação manhã 26: Digitação tarde 27: Reunião de equipe tarde 28: Ação na escola 29: Atestado</p>
Equipe 4	1.110	1.754	800	900	388	43,11%	<p>04: Atestado 05: Atestado 06: Atestado 07: Digitação manhã 08: Reunião de equipe tarde 12: Digitação manhã 15: Digitação manhã reunião de equipe tarde 21: Digitação manhã 22: Digitação manhã reunião de equipe tarde 26: Digitação manhã 28: Digitação manhã 29: Reunião de equipe tarde; 04: Horário de Banco tarde 05: Digitação manhã 06: Lian Gong manhã 07: Digitação manhã 08: Reunião de equipe tarde</p>

							12: Digitação manhã 14: digitação manhã 15: Reunião de equipe tarde 19: Digitação manhã, Horário de banco tarde 21: Digitação manhã 22: Reunião de equipe tarde 26: Digitação manhã 28: Digitação manhã 29: Reunião de equipe tarde. ; 05: Lian Gong manhã 06: Lian Gong manhã 07: Lian Gong manhã 08: Reunião CIPA manhã, horário de banco a tarde 12: Lian Gong manhã 13: Reunião CIPA manhã 14: Lian Gong manhã 15: Digitação manhã, reunião de equipe tarde 19: Lian Gong manhã 21: Digitação manhã 22: Reunião de equipe 25: Atestado 26: Digitação manhã 28: Lian Gong manhã 29: Reunião de equipe tarde;
TOTAL	4.645	8.581	3.200	2.900	2.233	77,00%	

UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB

Serviços	maio/2026
Dispensação de medicamentos	3.669
Recepção	2.893
Coleta de exames	692
Escuta inicial	1.025
Hipodermia	876
Vacinas aplicadas	906

Produção - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Produção para **Mai** de 2026.

UBS Altos de Santana: 4 eSF + 3 eSB		Indicadores	maio/2026								Dias úteis: 20		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado mai./26	% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)	
SMS	Médico	Consulta Médica	4	4	416	1.664	1.607	1.637	98,38%	1.664	98,38%	1.513	108,22%
		Atendimento Domiciliar					30						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	4	4	208	832	838	838	100,72%	832	100,72%	756	110,79%
		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	200	646	103,53%	624	103,53%	567	113,88%
		Atendimento Individual					446						
SUBTOTAL SMS:			11	11	832	3.120	3.121	3.121	100,87%	3.120	100,87%	2.836	110,96%
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	16	12	200	3.200	1.794	1.794	56,06%	2.400	74,75%	2.182	82,23%
TOTAL SMS:			27	23	1.032	6.320	4.915	4.915	89,67%	5.520	94,34%	5.018	103,78%

Análise Crítica:

ACS: A unidade conta atualmente com 12 Agentes Comunitários de Saúde, frente a um quantitativo ideal de 16 profissionais. Desses, dois encontram-se 100% readaptados, o que impacta diretamente o alcance da meta. Adicionalmente, no período avaliado, houve redução da força de

trabalho em decorrência de férias, participação em cursos, afastamentos por atestados médicos e emenda de feriado prolongado, fatores que comprometeram a meta.

UBS Altos de Santana	maio/2026						
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	Justificativa
Equipe 1	1.544	2.220	800	396	375	94,70%	01/05- Feriado 08/05- Reunião CIPA 13/05- Treinamento CIPA; 01/05- Feriado 06- Curso notificações compulsorias 12- Atestado 05- Ação na escola 28- Reunião CGU; Exonerada;
Equipe 2	500	798	800	81	80	98,77%	01/05- Feriado Readaptada 100%; Exonerada; Férias 18/05 a 31/05 01/05- Feriado 06/05- Capacitação Notificação Compulsoria; Transferida
Equipe 3	2.629	3.507	800	549	649	118,21%	01/05- Feriado; 01/05- Feriado; Férias 04/05 a 18/05 Readaptada 100%; 01/05- Feriado 08/05- Capacitação Pancs
Equipe 4	3.195	4.478	800	693	690	99,57%	01/05- Feriado; 01/05- Feriado 13/05- ATestado; 01/05- Feriado 11/05- Atestado 25/05- Grupo de hiperdia no território; 11/05- Atestado 05/05- Ação na escola
TOTAL	7.868	11.003	3.200	1.719	1.794	104,36%	

UBS Altos de Santana: 4 eSF + 3 eSB

Serviços	março/2026
Dispensação de medicamentos	4.113
Recepção	3.106
Coleta de exames	531
Escuta inicial	1.631
Hipodermia	1.468
Vacinas aplicadas	952

Análise Crítica: No período analisado, a unidade realizou um total de 11.648 atendimentos por meio da emissão de senhas. Esse volume demonstra a elevada demanda assistencial e a importância da organização dos fluxos de atendimento para garantir o acesso oportuno da população aos serviços de saúde. O acompanhamento desse quantitativo permite avaliar a capacidade operacional da unidade, subsidiar o planejamento das ações e promover melhorias contínuas na qualidade e eficiência dos atendimentos prestados aos usuários.

Produção - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Produção para **Mai de 2026**.

UBS Jardim Telespark: 3 eSF + 1 eSB		Indicadores	maio/2026								Dias úteis: 20		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado mai./26	% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)	
SMS	Médico	Consulta Médica	3	3	416	1.248	1.299	1.335	106,97%	1.248	106,97%	1.135	117,67%
C		Atendimento Domiciliar					36						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	3	3	208	624	750	763	122,28%	624	122,28%	567	134,50%
C		Atendimento Domiciliar					13						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	1	1	208	208	37	222	106,73%	208	106,73%	189	117,40%
		Atendimento Individual					185						
SUBTOTAL SMS:			7	7	832	2.080	2.320	2.320	111,99%	2.080	111,99%	1.891	123,19%
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	12	9	200	2.400	960	960	40,00%	1.800	53,33%	1.636	58,67%
TOTAL SMS:			19	16	1.032	4.480	3.280	3.280	93,99%	3.880	97,33%	3.527	107,06%

Análise crítica:

ACS: No mês de maio, o indicador apresentou desempenho abaixo do parâmetro estabelecido, influenciado por afastamentos programados e ausências legais (férias e atestados), além da participação dos ACS em atividades institucionais, como capacitações, matriciamento e ações internas da unidade (sala de espera e grupos educativos).

Como medida de enfrentamento, serão mantidas as reuniões semanais já instituídas. Ressalta-se que o indicador encontra-se em análise pelo DAPRIS.

UBS Jardim Telespark	maio/2026						Justificativa
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	
Equipe 1	2.144	2.837	800	269	215	79,93%	No mês de maio, houve 1 (um) feriado nacional, totalizando 20 (vinte) dias úteis de trabalho. Durante o período avaliado, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) usufruiu de banco de horas correspondente a 2 (dois) meios períodos de expediente e apresentou 1 (um) atestado de horas devidamente justificado. Adicionalmente, participou semanalmente de grupo interno com duração de meio período e de reunião de equipe com duração de 1 (uma) hora, atividades previstas no processo de trabalho e destinadas ao alinhamento das ações assisten; No mês de maio, houve 1 (um) feriado nacional, totalizando 20 (vinte) dias úteis de trabalho. Durante o período, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) usufruiu de banco de horas correspondente a 2 (dois) meios períodos de trabalho. Além disso, participou de grupos internos realizados 3 (três) vezes por semana, com duração de 1 (uma) hora cada encontro, bem como de reuniões de equipe semanais com duração de 1 (uma) hora. ; ;
Equipe 2	2.844	3.582	800	399	402	100,75%	No mês de maio, houve 1 (um) feriado nacional, totalizando 20 (vinte) dias úteis de trabalho. Durante o período, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) usufruiu de meio período de banco de horas em 2 (dois) dias. Além das atividades rotineiras do território,

							<p>a profissional participou de ações institucionais, incluindo Grupo de Caminhada, cursos externos e atividades de matriciamento.; No mês de maio, houve 1 (um) feriado nacional, totalizando 20 (vinte) dias úteis de trabalho. Durante o período, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) usufruiu de meio período de banco de horas em 2 (dois) dias.</p> <p>A profissional participou de atividades internas, incluindo o Grupo de Caminhada realizado 3 (três) vezes por semana no período da manhã, capacitação no CEFE e Matriciamento de Saúde Mental. Também realizou o acompanhamento de pacientes em fisioterapia domiciliar.; No mês de maio, houve 1 (um) feriado nacional, totalizando 20 (vinte) dias úteis de trabalho.</p> <p>Durante o período avaliado, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) apresentou 2 (dois) dias de afastamento justificados por atestado médico e usufruiu de meio período de banco de horas em 1 (um) dia.</p> <p>A profissional participou de acompanhamento de paciente em fisioterapia domiciliar, capacitações internas, ações relacionadas ao tabagismo, atividades sobre PANC, Grupo da Horta e salas de espera educativas.</p> <p>Também participou de reuniões de equipe semanais com duração de 1 (uma) hora.;</p>
Equipe 3	#N/A	2.618	800	357	319	89,36%	<p>No mês de maio, houve 1 (um) feriado nacional, totalizando 20 (vinte) dias úteis de trabalho. O Acs apresentou atestado de ; No mês de maio, houve 1 (um) feriado nacional, totalizando 20 (vinte) dias úteis de trabalho. Durante o período, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) usufruiu de meio período de banco de horas em 1 (um) dia e apresentou atestado correspondente a meio período em 1 (um) dia. Além das atividades rotineiras desenvolvidas no território, a profissional participou de atividades internas, incluindo o Grupo da Horta, ações de matriciamento em Saúde Mental, atividades de sala de espera voltadas à educação em saúde, capacitações externas e CIPA; No mês de maio, houve 1 (um) feriado nacional, totalizando 20 (vinte) dias úteis de trabalho.</p> <p>Durante o período, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) usufruiu de meio período de banco de horas em 2 (dois) dias e apresentou meio período de afastamento justificado por atestado. Além das atividades rotineiras desenvolvidas no território, a profissional</p>

							participou semanalmente do Grupo de Artesanato, com duração de meio período.;
TOTAL	#N/A	9.037	2.400	1.025	936	91,32%	

UBS Jardim Telespark: 3 eSF + 1 eSB

Serviços	maio/2026
Dispensação de medicamentos	3.412
Recepção	2.229
Coleta de exames	576
Escuta inicial	1.019
Hipodermia	1.020
Vacinas aplicadas	1.077

Análise Crítica: No período analisado, foram emitidas 9.333 senhas, evidenciando alta demanda da população pelos serviços ofertados. A maior concentração ocorreu na farmácia, com 3.412 prescrições atendidas, seguida pelos atendimentos administrativos na recepção, que totalizaram 2.229 registros.

Produção - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Produção para **Maio de 2026**.

UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB		Indicadores	maio/2026								Dias úteis: 20		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado mai./26	% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)	
SMS	Médico Clínico	Consulta Médica	4	4	208	832	1.083	1.099	132,09%	832	132,09%	756	145,30%
C		Atendimento Domiciliar					16						
SMS	Médico Ginecologista	Consulta Médica	2,5	2,5	208	520	512	512	98,46%	520	98,46%	473	108,31%
C		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Médico Pediatra	Consulta Médica	2	2	208	416	334	334	80,29%	416	80,29%	378	88,32%
C		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	2	3	208	416	1.068	1.070	257,21%	624	171,47%	567	188,62%
C		Atendimento Domiciliar					2						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	140	472	75,64%	624	75,64%	567	83,21%
		Atendimento Individual					332						
TOTAL SMS:			14	15	1.040	2.808	3.487	128,74%	3.016	111,59%	2.742	122,75%	

Análise Crítica:

Médico Clínico : Durante o mês de Maio a especialidade atingiu 145,30%, demonstrando elevada capacidade de resposta à demanda do território. Mesmo diante de 192 faltas registradas no período, correspondendo a aproximadamente 15% dos agendamentos, o resultado permaneceu acima do esperado em razão da elevada procura por consultas médicas e da otimização da agenda assistencial. A unidade mantém disponibilidade de vagas

em até 15 dias para pacientes com exames alterados, garantindo agilidade no acompanhamento clínico. Aproximadamente 30% da agenda é destinada à demanda espontânea, priorizando os atendimentos conforme os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde. Destaca-se ainda a reserva diária de vaga para acompanhamento de pacientes em pós-alta hospitalar que necessitam de seguimento pela Atenção Primária. Entre as atividades desenvolvidas pela unidade destacam-se os grupos semanais de Hiperdia, consultas programadas para acompanhamento das condições crônicas e monitoramento contínuo dos usuários com maior risco clínico, fortalecendo o cuidado longitudinal da população adscrita. Manter a oferta de vagas para demanda espontânea, acompanhamento de pacientes com exames alterados e seguimento pós-alta hospitalar, garantindo acesso oportuno aos casos prioritários. Intensificar o monitoramento do absenteísmo por meio da identificação dos usuários com faltas recorrentes e realização de busca ativa, além de fortalecer o acompanhamento dos pacientes com condições crônicas, especialmente aqueles com consultas ou exames pendentes. A unidade seguirá acompanhando os indicadores assistenciais e qualificando os registros em sistema, visando ampliar a efetividade do cuidado e manter o desempenho alcançado.

Médico Pediatra : O indicador atingiu 88,32%. Apesar da elevada ocupação das agendas, o resultado foi impactado pelo índice de absenteísmo, que alcançou aproximadamente 24% dos agendamentos. A equipe mantém ações permanentes para redução das faltas, incluindo orientações aos responsáveis em sala de espera e contatos prévios para confirmação das consultas. Ainda assim, o absenteísmo permanece como um dos principais desafios para ampliação do acesso e melhor aproveitamento das vagas ofertadas. Durante o período foram realizadas ações da estratégia UBS na Rua e atividades em escolas do território, fortalecendo as ações de promoção da saúde infantil. Também são desenvolvidas buscas ativas de pacientes faltosos e de crianças hiperutilizadores das UPAs, visando fortalecer o vínculo com a Atenção Primária e ampliar o acompanhamento longitudinal. Destaca-se que as agendas permaneceram com ocupação próxima de 100%, havendo aproveitamento das vagas decorrentes de faltas e cancelamentos, sempre que possível.

Enfermeiro : O indicador atingiu 188,62%, evidenciando a ampla atuação do enfermeiro e sua importância na organização do cuidado da unidade. O acolhimento da demanda espontânea é realizado durante todo o período de funcionamento da UBS, das 07h10 às 17h30, contemplando classificação de risco, avaliação clínica, encaminhamentos e orientações aos usuários. Entre as principais atividades desenvolvidas destacam-se consultas de enfermagem, avaliação de exames, acompanhamento de condições crônicas, pré-natal, avaliação e acompanhamento de curativos, visitas domiciliares, orientações em saúde e monitoramento de usuários em situação de vulnerabilidade, contribuindo diretamente para o desempenho alcançado.

Cirurgião Dentista : O indicador atingiu 83,21%. Durante o período foram realizados 472 atendimentos individuais e 311 atendimentos coletivos, incluindo ações em escolas, atividades da UBS na Rua, orientações em saúde bucal, avaliações odontológicas, escovação supervisionada e ações educativas em sala de espera. O resultado foi impactado por uma falha técnica no compressor odontológico, que permaneceu inoperante por três dias. Durante esse período foram mantidas as avaliações de primeira consulta odontológica, porém houve limitação na realização de procedimentos, refletindo diretamente no resultado alcançado. Atualmente o atendimento encontra-se normalizado com utilização de equipamento backup, permitindo o funcionamento integral das agendas odontológicas. Outro fator relevante foi o absenteísmo de aproximadamente 25%, mesmo diante das estratégias já implementadas, como orientações em sala de espera, confirmação prévia das consultas e utilização do WhatsApp Business para comunicação com os usuários. Como plano de ação, a equipe manterá as ações já desenvolvidas para ampliação do acesso ao cuidado odontológico e realizará análise crítica sistemática do absenteísmo, com identificação dos usuários faltosos, investigação dos principais motivos das ausências e

monitoramento dos padrões observados. A partir dessas informações, serão definidas intervenções direcionadas para redução das faltas, fortalecimento da adesão ao acompanhamento odontológico e melhoria progressiva do indicador.

UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB	
Serviços	maio/2026
Dispensação de medicamentos	4.170
Recepção	3.135
Coleta de exames	715
Escuta inicial	964
Hipodermia	1.397
Vacinas aplicadas	1.214

Análise Crítica: O total de 12.595 atendimentos realizados nos serviços de apoio da UBS Santana demonstra elevada utilização dos serviços ofertados e importante capacidade operacional da equipe para atender às demandas da população do território. A dispensação de medicamentos permaneceu como a principal atividade, com 4.170 atendimentos (33,11%), evidenciando a relevância da assistência farmacêutica no acompanhamento de usuários com condições crônicas e na continuidade do tratamento. A recepção registrou 3.135 atendimentos (24,89%), refletindo o intenso fluxo de usuários para orientações, agendamentos e encaminhamentos. Destacaram-se ainda os procedimentos de hipodermia, com 1.397 atendimentos (11,09%), a vacinação, com 1.214 doses aplicadas (9,64%), a escuta inicial, com 964 atendimentos (7,65%), e a coleta de exames, com 715 procedimentos (5,68%), evidenciando o equilíbrio entre ações assistenciais, preventivas e de apoio diagnóstico. No âmbito assistencial, foram realizados 1.945 atendimentos médicos, 1.070 consultas de enfermagem, 472 atendimentos odontológicos individuais e 332 participações em atividades coletivas. Também merecem destaque os grupos programáticos, ações educativas, atividades em escolas e comunidades, visitas domiciliares e as ações da estratégia UBS na Rua, que ampliam o acesso e fortalecem a assistência às populações em situação de maior vulnerabilidade. Considerando o conjunto das atividades desenvolvidas, a UBS Santana alcançou 15.414 atendimentos no mês de maio de 2026, resultado que demonstra elevada capacidade de resposta da equipe multiprofissional e forte procura pelos serviços disponibilizados à população.

7. INDICADORES DE GESTÃO

Pesquisa de Satisfação do Usuário

Este relatório apresenta as atividades e resultados na Microrregião Norte de São José dos Campos, nas seguintes unidades: UBS Alto da Ponte, UBS Telespark, UBS Santana, UBS Alto de Santana.

Net Promoter Score (NPS)

O Net Promoter Score (NPS) é um indicador que mensura o nível de satisfação dos usuários, a partir da probabilidade deles indicarem o serviço para outras pessoas.



Análise Crítica: A análise consolidada do indicador de satisfação da microrregião norte demonstra um desempenho altamente favorável da experiência do usuário nos serviços de saúde, evidenciado principalmente pela expressiva proporção de promotores, que representam 93,14% das 1.167 avaliações realizadas no período. O resultado reforça a percepção positiva da população em relação ao acolhimento, resolutividade e qualidade da assistência prestada pelas equipes, refletindo a consistência dos processos assistenciais implantados e o comprometimento dos profissionais com a segurança e o cuidado centrado no paciente.

O elevado volume de avaliações positivas, totalizando 1.087 promotores, evidencia que as estratégias de qualificação do atendimento, organização dos fluxos assistenciais e fortalecimento da

humanização têm produzido resultados concretos e percebidos diretamente pelos usuários. Além disso, a participação expressiva dos pacientes na pesquisa demonstra credibilidade no processo avaliativo e maturidade da cultura de monitoramento da satisfação.

Observa-se que os registros classificados como neutros (4,11%) e detratores (2,74%) permanecem em patamares reduzidos frente ao universo avaliado, representando oportunidades pontuais de aprimoramento contínuo. Entre os motivos mais frequentemente citados, destaca-se o tempo de espera, aspecto diretamente relacionado à elevada demanda assistencial observada na rede e que vem sendo objeto de monitoramento permanente pelas equipes gestoras.

A distribuição equilibrada dos detratores entre os diferentes turnos demonstra que não há concentração significativa de insatisfação em períodos específicos, sugerindo estabilidade operacional ao longo do funcionamento das unidades. Da mesma forma, os apontamentos registrados em áreas como farmácia, atendimento médico e coleta de exames representam quantitativos discretos quando comparados ao volume total de atendimentos realizados.

De forma geral, os resultados confirmam a elevada aprovação dos serviços prestados na microrregião norte, reforçando a efetividade das ações de melhoria contínua, da qualificação das equipes e do fortalecimento dos processos assistenciais. O cenário apresentado evidencia uma rede assistencial capaz de atender grandes volumes de usuários mantendo elevados índices de satisfação, consolidando uma percepção positiva da população e sustentando uma trajetória consistente de excelência no cuidado ofertado.

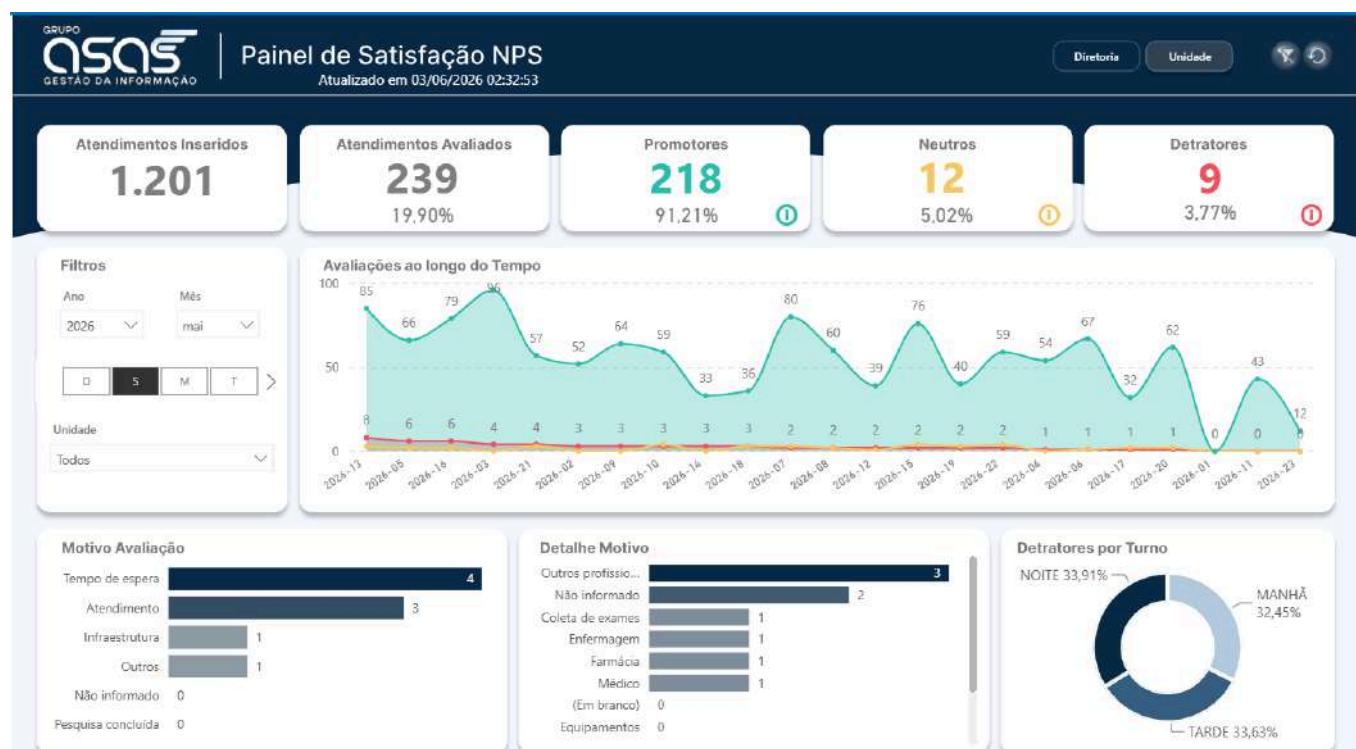
UBS Altos de Santana



Análise Crítica: A análise do painel de satisfação dos usuários, mensurada pela metodologia Net Promoter Score (NPS), demonstra um resultado altamente satisfatório para a unidade. No período avaliado, foram registradas 276 avaliações, das quais 262 foram classificadas como promotores, representando 94,93% do total. Esse resultado evidencia o elevado grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados, refletindo a qualidade da assistência, o acolhimento oferecido pelas equipes e o compromisso da unidade com a excelência no atendimento. Em contrapartida, foram identificadas apenas 7 avaliações classificadas como detratoras, correspondendo a 2,54% das respostas. Esse percentual reduzido demonstra que as manifestações de insatisfação são pontuais e não representam a percepção predominante dos usuários acerca dos serviços ofertados. Quanto aos motivos apontados nas avaliações negativas, observam-se registros relacionados ao atendimento médico, de enfermagem e da farmácia, além de um caso de atendimento não finalizado. Embora os números sejam baixos, esses apontamentos são importantes para direcionar ações de melhoria contínua, especialmente no fortalecimento da comunicação com os usuários, no acompanhamento dos fluxos assistenciais e na qualificação permanente das equipes. Destaca-se ainda a ausência de manifestações relacionadas à infraestrutura, limpeza ou tempo de espera, aspectos frequentemente associados à insatisfação em serviços de saúde. Esse cenário reforça a efetividade dos processos

organizacionais e assistenciais desenvolvidos pela unidade. Dessa forma, os resultados do indicador evidenciam um desempenho positivo e consistente, com ampla predominância de avaliações favoráveis e baixo índice de insatisfação. A unidade permanece comprometida com a manutenção da qualidade assistencial, o aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho e a promoção de uma experiência cada vez mais satisfatória para os usuários.

UBS Alto da Ponte

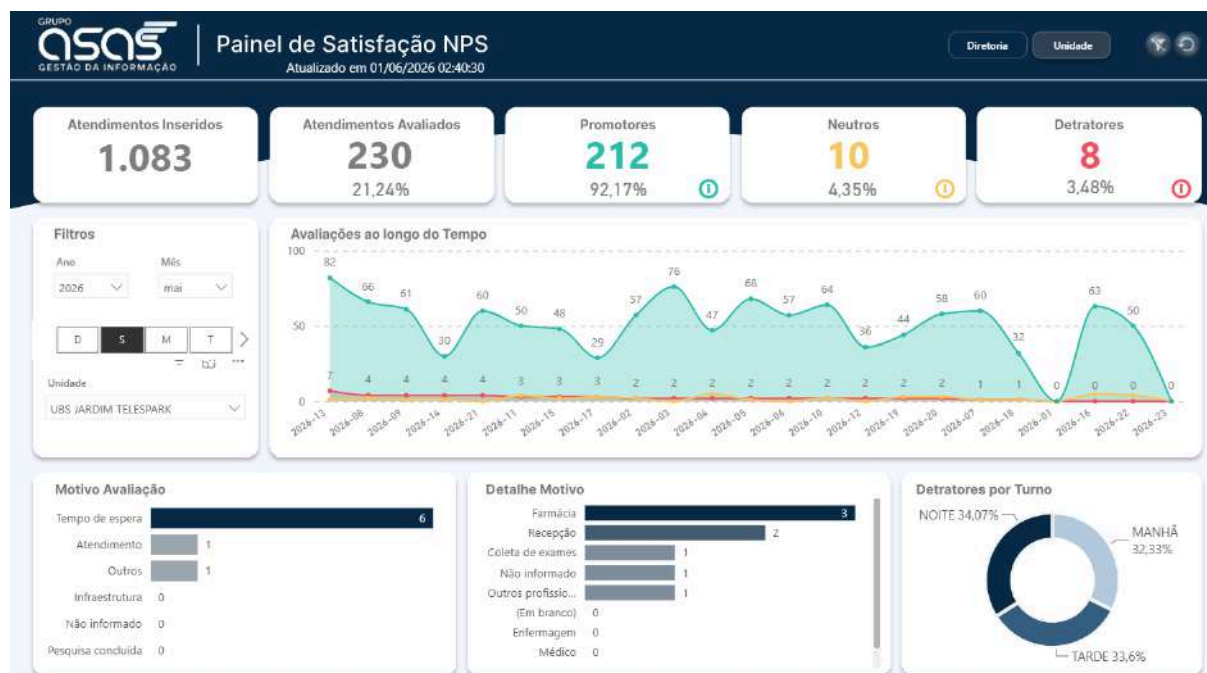


Análise Crítica: A unidade manteve elevado índice de satisfação dos usuários no período avaliado, alcançando 91,21% de avaliações promotoras, com apenas 3,77% de avaliações detratoras. A análise das pontuações negativas identificou que o principal motivo apontado foi o tempo de espera, representando a maior parte dos registros de insatisfação.

Após avaliação das manifestações recebidas, verificou-se que os apontamentos relacionados ao tempo de espera ocorreram de forma pontual e não refletem o padrão habitual de atendimento da unidade. A equipe realiza monitoramento contínuo dos fluxos assistenciais e dos tempos de

atendimento, adotando medidas de organização e acompanhamento dos processos com o objetivo de qualificar a experiência do usuário e manter os elevados índices de satisfação alcançados.

UBS Jardim Telespark



Análise Crítica: A Pesquisa de Satisfação demonstra excelente desempenho da UBS Jardim Telespark, com 92,17% de usuários promotores e apenas 3,48% de detratores, evidenciando elevado grau de satisfação em relação ao atendimento prestado. Os resultados refletem o comprometimento das equipes, a qualidade da assistência e a efetividade das ações de acolhimento e humanização desenvolvidas na unidade.

As manifestações de insatisfação foram pontuais e concentraram-se principalmente no tempo de espera, especialmente nos setores de Recepção e Farmácia, representando oportunidade de aprimoramento dos fluxos de atendimento.

De forma geral, os resultados demonstram elevado nível de aprovação dos serviços prestados, reforçando a qualidade da assistência ofertada e o compromisso da equipe com a melhoria contínua dos processos e da experiência do usuário.

UBS Santana



Análise crítica:

A análise do Painel de Satisfação NPS da UBS Santana referente ao mês de maio de 2026 demonstra um cenário bastante positivo em relação à percepção dos usuários sobre os serviços prestados pela unidade. Entre as avaliações registradas, observa-se predominância expressiva de usuários promotores, representando 93,56% das respostas, o que evidencia elevado grau de satisfação, confiança e reconhecimento da qualidade da assistência ofertada. Os usuários neutros corresponderam a 4,64% das avaliações, enquanto os detratores representaram apenas 1,80%, indicando baixa ocorrência de experiências negativas.

A avaliação da evolução ao longo do período demonstra manutenção consistente das avaliações positivas, sugerindo estabilidade dos processos assistenciais e administrativos da unidade. Os resultados refletem o comprometimento das equipes com o acolhimento, a resolutividade e a qualidade do atendimento prestado aos usuários. Em relação aos motivos das avaliações, destacam-se registros relacionados ao atendimento, demonstrando que aspectos como acolhimento, cordialidade, comunicação e atenção prestada pelos profissionais exercem influência significativa na experiência do usuário.

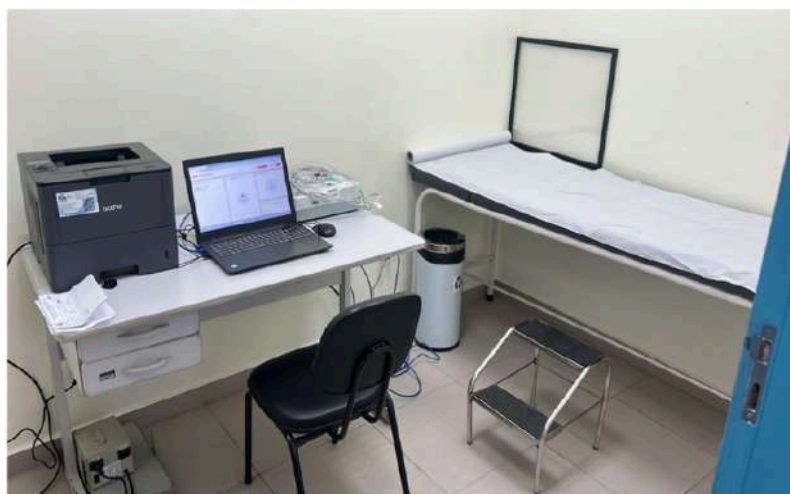
Também foram identificados apontamentos relacionados à infraestrutura e ao tempo de espera, ainda que em número reduzido, os quais devem permanecer sob monitoramento contínuo, considerando seu potencial impacto na percepção da qualidade dos serviços.

A análise dos detratores merece atenção especial, mesmo diante do baixo quantitativo identificado. O principal achado refere-se à predominância de registros classificados como "Não Informado", dificultando a identificação precisa das causas de insatisfação e limitando a construção de ações corretivas direcionadas

De forma geral, os resultados evidenciam uma percepção altamente positiva dos usuários em relação aos serviços prestados pela UBS Santana, demonstrando a efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes e reforçando a importância da manutenção das boas práticas já consolidadas, associadas ao monitoramento contínuo das oportunidades de melhoria identificadas.

8. MELHORIAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS

UBS ALTO DA PONTE



Consultório exclusivo para eletro



**Implantação
consultório do paciente**

UBS ALTOS DE SANTANA

→ Implantação Consultório Experiência do paciente;



→ Implantação da Comissão farmácia e terapêutica;

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Trabalhando com responsabilidade e ciência para promover o **uso seguro, eficaz e racional** de medicamentos.

POR QUE EXISTIMOS?

-  **GARANTIR** medicamentos seguros, eficazes e de qualidade.
-  **APOIAR** prescrições adequadas e baseadas em evidências.
-  **PROMOVER** o uso racional e o uso eficiente dos recursos.
-  **FORTALECER** as práticas clínicas e a qualidade da assistência.

NOSSAS ATRIBUIÇÕES

-  Selecionar medicamentos com base na **eficácia, segurança, qualidade e custo-efetividade**.
-  Elaborar e atualizar a **Relação de Medicamentos Essenciais (REMUME)**.
-  Acompanhar o consumo e promover o **uso racional** de medicamentos.
-  Desenvolver **diretrizes terapêuticas** e protocolos clínicos.
-  Promover **educação e informação** sobre medicamentos.
-  Monitorar eventos adversos e promover a **farmacovigilância**.

NOSSO COMPROMISSO


SEGURANÇA
do paciente


QUALIDADE
no atendimento


ÉTICA
e transparência


MELHORIA
contínua

Decisões técnicas, baseadas em evidências, com foco no **melhor tratamento** e no **cuidado centrado no paciente**.

CUIDAR BEM HOJE PARA GARANTIR A MELHOR TERAPIA SEMPRE.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:
CIÊNCIA, RESPONSABILIDADE E CUIDADO COM A VIDA.

Junto por uma terapia mais segura e efetiva!



UBS Santana

Novo espaço para atividades de artesanato comunitário

Em parceria com a comunidade, foi disponibilizado um novo espaço para a realização das atividades de artesanato, fortalecendo a integração social, a convivência e a valorização dos trabalhos já desenvolvidos pelos participantes. A iniciativa busca ampliar as oportunidades de troca de conhecimentos, criatividade e geração de vínculo entre os membros da comunidade, além de acolher e incentivar os artesãos que já realizam suas produções no território.

 **Encontros:** Todas às quartas-feiras

 **Horário:** Período da tarde

A participação é aberta à comunidade, promovendo um ambiente de aprendizado, convivência e desenvolvimento de habilidades manuais.



CEJAM Implantação

UBS Santana

Comissões Institucionais

Compromisso com a qualidade, segurança do paciente e a melhoria contínua.



COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

Promover a humanização no atendimento, valorizando o paciente, seus familiares e os profissionais de saúde.



COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Avaliar e monitorar a qualidade dos registros em prontuários, garantindo a integralidade, legibilidade e conformidade das informações.



COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE ACIDENTES COM PERFURO CORTANTES

Desenvolver ações de prevenção, capacitação e monitoramento para reduzir os riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.



COMISSÃO FARMACO TERAPÊUTICA

Promover o uso racional de medicamentos, avaliando, padronizando e monitorando a terapêutica medicamentosa, visando eficácia, segurança e custo-efetividade.



COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Analisar os óbitos ocorridos, identificando causas, fatores contribuintes e oportunidades de melhoria na assistência prestada.



Trabalhando juntos por uma instituição mais segura, humana e de qualidade!





Experiência do Paciente

Sua opinião transforma nosso atendimento!

Projeto institucional que visa ouvir você, paciente!

Queremos conhecer seu relato sobre o atendimento na unidade: **elogios, apontamentos de melhorias e sugestões.**

Por que sua participação é importante?



Você ajuda a melhorar nossos serviços



Fortalecemos o cuidado com você



Valorizamos sua experiência e sua voz



Construímos juntos uma unidade cada vez melhor

Aqui, seu atendimento é feito com segurança, conforto e respeito.

Sua voz é importante para construirmos uma saúde cada vez melhor!

Consultório de Experiência do Paciente.

Conte com a gente!

UBS Jardim Telespark



Melhorias Assistenciais

- Início do Voluntariado
- Implantação de fluxo para Inserção do Implanon
- Registro de Orientação Medicamentosa
- Orientações de Prescrição Segura - Consultórios
- Orientação CID correto - Consultórios



9. EDUCAÇÃO EM PRÁTICAS ASSISTENCIAIS / AÇÕES EM SAÚDE

A seguir, lista de treinamentos separados por tema, data e participantes realizados nas unidades da Microrregião Norte de São José dos Campos

UBS Alto da Ponte

Treinamento	Data	Modalidade	maio/2026		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Capacitação dor torácica	06/05/2026	Online	2	2:00:00	4:00:00
05º Simpósio de Humanização CEJAM	12/05/2026	Presencial	1	3:40:00	3:40:00
Capacitação Combate ao Tabagismo	14/05/2026	Presencial	2	4:00:00	8:00:00
TOTAL			5	9:40:00	15:40:00

UBS Altos de Santana

Treinamento	Data	Modalidade	maio/2026		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Capacitação dor toracica	06/05/2026	Online	1	2:00:00	2:00:00
Curso Notificação compulsoria	06/05/2026	Presencial	2	5:00:00	10:00:00
Lian gong	07/05/2026	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Capacitação vacinas para gestantes	13/05/2026	Online	4	1:00:00	4:00:00
Lian gong	14/05/2026	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Matriciamento saude mental	15/05/2026	Presencial	2	1:00:00	2:00:00
Treinamento de feridas	21/05/2026	Presencial	11	1:00:00	11:00:00
Lian gong	21/05/2026	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Capacitação Sífilis	27/05/2026	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Lian gong	28/05/2026	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
TOTAL			25	35:00:00	54:00:00

UBS Jardim Telespark

Treinamento	Data	Modalidade	maio/2026		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Capacitação IVCF20 - NEP	07/05/2026	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
05º Simpósio de Humanização CEJAM	12/05/2026	Presencial	1	3:40:00	3:40:00
Capacitação Combate ao Tabagismo	14/05/2026	Presencial	2	4:00:00	8:00:00
Exercício de prestação de contas - 1º Quadrimestre de 2026	14/05/2026	Presencial	6	1:00:00	6:00:00
Capacitação Suporte Básico de Vida para ACS - EXTERNO	18/05/2026	Presencial	7	3:30:00	24:30:00
Capacitação Manejo de Feridas	26/05/2026	Presencial	7	1:30:00	10:30:00
Capacitação de Sífilis - NEP	27/05/2026	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
TOTAL			25	21:40:00	60:40:00

UBS Santana

Treinamento	Data	Modalidade	maio/2026		
			Participantes	Duração	Horas-homem
CAPACITAÇÃO SOBRE PROCESSAMENTO MATERIAIS PARA A SAÚDE	04/05/2026	Presencial	12	1:00:00	12:00:00
CAPACITAÇÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO ADEQUADA DAS MÃOS	05/05/2026	Presencial	21	1:00:00	21:00:00
MATRICIAMENTO SAÚDE MENTAL	06/05/2026	Presencial	4	3:00:00	12:00:00
CAPACITAÇÃO DE GERENTES	08/05/2026	Presencial	1	3:00:00	3:00:00
SIMPÓSIO DE HUMANIZAÇÃO	12/05/2026	Presencial	1	5:30:00	5:30:00
CAPACITAÇÃO DE GERENTES	15/05/2026	Presencial	1	3:00:00	3:00:00
APRESENTAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS	21/05/2026	Presencial	20	1:00:00	20:00:00
CAPACITAÇÃO DE GERENTES	22/05/2026	Presencial	1	3:00:00	3:00:00
CAPACITAÇÃO SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM PERFURO	25/05/2026	Presencial	20	1:00:00	20:00:00
CAPACITAÇÃO SOBRE HUMANIZAÇÃO	26/05/2026	Presencial	20	1:00:00	20:00:00
CAPACITAÇÃO SOBRE SÍFILIS NA GESTANTE	27/05/2026	Presencial	3	4:00:00	12:00:00
TOTAL			104	26:30:00	131:30:00



Humanização - Dia das mães



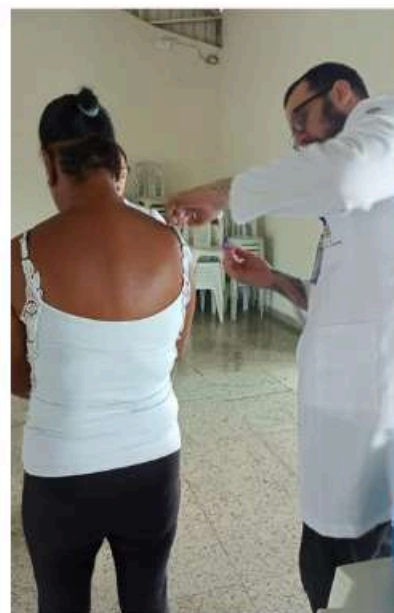
Humanização - Semana da enfermagem



Aniversariantes do mês



Ação contra tabagismo escola Jorge Barbosa



UBS NA RUA - Vargem Grande



**Sala de espera sobre sexualidade na
terceira idade**



Sala de espera - Dia 18 de maio
Dia Nacional de Combate ao abuso e exploração sexual de Crianças e Adolescentes



Grupo de hiperdia



Prefeitura com você



Ação de saúde na rua



Sala de espera Prevenção e rastreamento de Câncer do Intestino



Sala de espera Maio Verde

EXPOSIÇÃO ARTESANATO





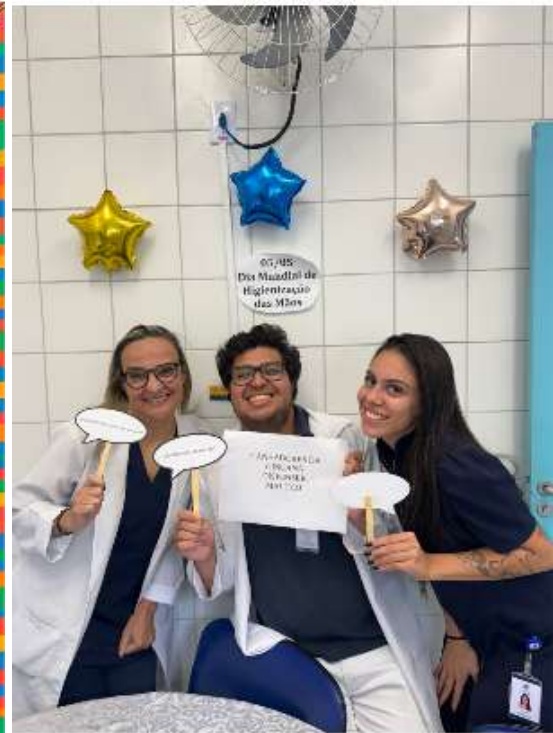
CAFÉ DIA DAS MÃES



**SEMANA DA ENFERMAGEM
COM AURICULOTERAPIA, REIKI, CAFÉ ESPECIAL, SORTEIO E ENTREGA DE
LEMBRANCINHAS.**



COMPETIÇÃO DISPENSER MALUCO EM CONSCIENTIZAÇÃO AO DIA MUNDIAL DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



SALA DE ESPERA EM CONSCIENTIZAÇÃO AO CÂNCER DE SAÚDE BUCAL



15º CONFERÊNCIA MUNDIAL DA SAÚDE



DIA DO ASSISTENTE SOCIAL



PRESTAÇÃO DE CONTAS 1º QUADRIMESTRE DE 2026



PSE- ORIENTAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA ESCOLA Emefi Professora Vera Babo De Oliveira

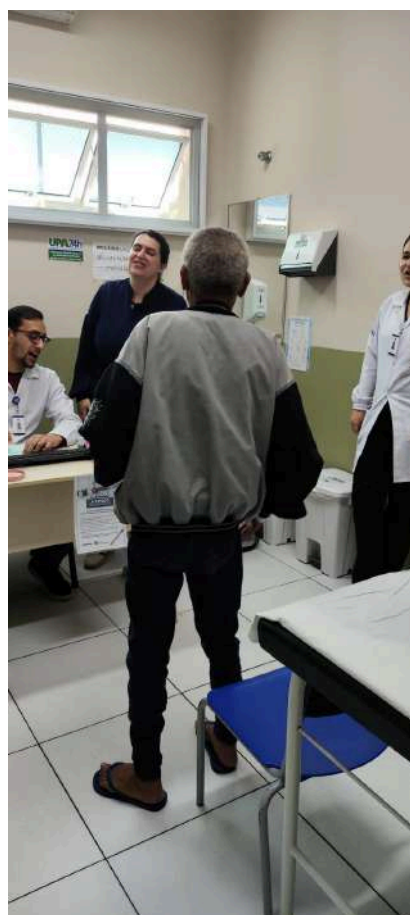
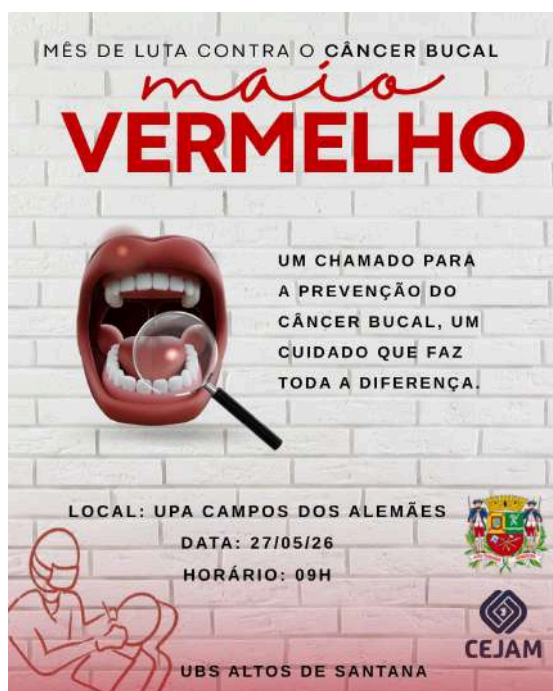


PDL- PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE LÍDERES



AÇÃO EM CONSCIENTIZAÇÃO AO CÂNCER BUCAL EM PARCERIA COM A UPB DO CAMPO DOS ALEMÃES.





Ações de Saúde

- Ação de Saúde Zona Rural Jaguary
Atendimento médico, enfermagem,
verificação de sinais vitais e avaliação
odontológica.
- Ação de Saúde na Escola CEDIN
Orientação de Saúde Bucal + Higienização
das mãos



Ações de Saúde

- Ação de Saúde na Escola Ilza
Irma
Palestra Ist + combate a violência.
- Ação de Saúde na Escola CEDIN
Palestra combate a Violência Infantil



Ações de Saúde

- Caminhada consciente
- Grupo de Horta



Ações de Saúde

- Salas de esperas
- Combate ao Tabagismo
- Câncer Bucal
- Ação Higienização das Mãos





Treinamentos


- Capacitação Suporte Básico de Vida para ACS - EXTERNO
- Exercício de prestação de contas - 1º Quadrimestre de 2026




Humanização


- Semana da Enfermagem
Palestras, café da manhã, entrega de lembrancinhas e massagem




 **Unidade:** UBS Santana

 **Nome da Ação:** Campanha sobre o dia mundial da higienização das mãos

 **Data da Ação:** 05/05/2026

 **Equipe Responsável:**
Equipe ENFERMAGEM

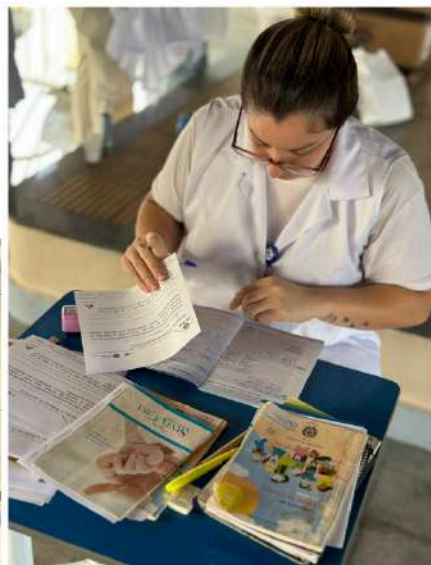
 **Descritivo da Ação**
Realizado capacitação com a equipe Multidisciplinar sobre a importância da higienização correta das mãos.

 **Público Alvo:** 25 pessoas

T.A.M.



Ação na Escola Santana do Paraíba : Realizada ação de promoção à saúde com orientação em saúde bucal pelos cirurgiões-dentistas, escovação supervisionada e verificação das cadernetas de vacinação dos alunos pelas Equipe de Enfermagem. Os responsáveis foram comunicados e orientados quando identificada necessidade de tratamento odontológico ou atualização do calendário vacinal.





Alinhamento Ação UBS na Rua mês de Maio:
visita na Capela Nossa Senhora de Fátima –
Vila Cristina

UBS SANTANA

Ação em Saúde
na *Vila Cristina*

Cuidar de você e da sua família
é o nosso compromisso!

DATA:
15/05

HORÁRIO:
Das 10h00
às 14h00

LOCAL:
Capela Nossa
Senhora de Fátima

-  Atendimento Pediátrico
-  Atividades Educativas para as Crianças
-  Pesagem Bolsa Família (mediante confirmação de calendário vacinal atualizado)
-  Vacinação para todas as idades
-  Atendimento Odontológico
-  Realização de Testes Rápidos para ISTs



Esperamos vocês para um momento de cuidado, prevenção e promoção da saúde para toda a família!

SUS 





Unidade: Ubs Santana

Nome da Ação: Conscientização sobre o Dia mundial sem Tabaco.

Data da Ação: 29/05/2026

Equipe Responsável

Equipe de Enfermagem e Estagiários do curso Técnico de Enfermagem - Anhanguera


Descritivo da Ação

Realizado orientações em sala de Espera sobre a conscientização do dia mundial sem tabaco. Momento importante para os municipes, pois foram abordados os beneficios para saúde com a ausência do tabaco.

E orientado a todos sobre a disponibilidade do grupo de tabaco que temos na unidade.



 **Unidade:** Ubs Santana

 **Nome da Ação :** Ação em Saúde na Escola Santaninha

 **Data da Ação:** 29/05/2026

 **Equipe Responsável**
Equipe de Enfermagem

 **Descritivo da Ação**
Realizado orientações para os alunos da escola Santaninha, sobre a importância da higiene corporal.

 **Público Alvo** 200 Crianças



UBS Santana presente no evento realizado em 31/05/2026, no Parque da Cidade, promovendo ações de saúde com aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar e avaliação de peso, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de agravos na comunidade.





Oferta de grupos de Nutrição na UBS Santana, com atividades voltadas para gestantes, pessoas com doenças crônicas, Grupo Alecrim (crianças e adolescentes) e manejo de peso, fortalecendo a promoção da saúde e o acompanhamento nutricional, além das consultas individuais



Reunião do CGU discutindo demandas da comunidade, propostas de melhoria e acompanhamento das ações desenvolvidas



PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Você sabia ?

UBS Santana
conta com
**atendimento
odontológico.**



**Venha agendar
sua avaliação !!**



UBS Santana

Cuidar do seu sorriso é
cuidar da sua saúde!





Programa Saúde na Escola: roda de conversa : Ginecologista com as alunas da Escola Santana do Paraíba, envolvendo crianças de 8 a 11 anos. Foram abordados temas pertinentes à faixa etária de forma participativa e acolhedora, proporcionando um espaço para troca de informações, esclarecimento de dúvidas e promoção da saúde.



Programa Saúde na Escola – Odontologia

Orientações em saúde bucal, escovação supervisionada e incentivo aos cuidados diários para prevenção de cáries e promoção da saúde dos estudantes.



**5º Simpósio de Humanização CEJAM
Participação das Enfermeiras RT**




PRESTAÇÃO DE CONTAS 1º QUADRIMESTRE DE 2026





PDL - PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE LÍDERES



 **Unidade:** Ubs Santana

 **Nome da Ação:** Exercício * Apresentação da prestação de contas 1º quadrimestre *

 **Data da Ação:** 21/05/2026

 **Equipe Responsável**
Gerência Adm e Enfermagem

 **Descritivo da Ação**

Realizado Apresentação da prestação de contas para equipe Multidisciplinar. Momento importante no qual foi apresentado os dados de atendimentos do quadrimestre para os funcionários, bem como, a participação de cada um durante esse processo da assistência de qualidade prestada aos pacientes.



Pré Conferencia Municipal de Saúde



CELEBRAÇÃO DIAS DAS MÃES



10. MANUTENÇÃO

UBS Alto da Ponte

Manutenções realizadas na unidade no período:

- Troca de sifão pia consultório de odontológico;
- Manutenção pia copa;
- Troca de lâmpada área externa;
- Ajuste bebedouro recepção;
- Troca fechadura DML.



UBS Altos de Santana

Manutenções realizadas na unidade no período:

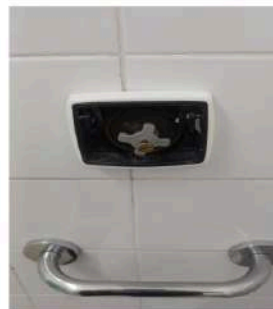
- Foram realizadas as seguintes ações de manutenção e adequação na unidade: limpeza dos ventiladores da sala 04 e da sala de hipodermia; desentupimento do bebedouro da copa; reparo em gaveta que se encontrava solta; substituição da papeleira da sala de vacinação; troca do refletor danificado do estacionamento; e ajuste da porta da sala de hipodermia, limpeza das calhas.
- As intervenções contribuíram para a melhoria das condições de funcionamento dos ambientes, promovendo maior segurança, organização e adequação da estrutura física da unidade.

UBS Santana

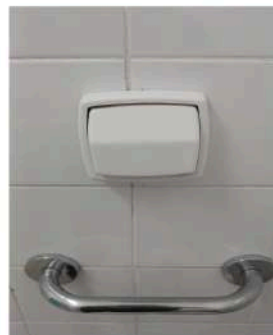
Manutenções realizadas na unidade no período:

- Limpeza e desobstrução de calhas;
- Serviços de manutenção predial preventiva e corretiva;
- Pintura e restauração de prateleiras e armários;
- Troca de fechaduras e trincos;
- Substituição de tomadas danificadas;
- Troca de placas de acionamento de descarga;
- Instalação de suporte para coletor de perfurocortantes;
- Fixação de lixeiras nas áreas externas;
- Troca do filtro de água da copa dos funcionários;
- Substituição de lâmpadas em diversos ambientes;
- Desobstrução de banheiro;
- Pequenos reparos para adequação e conservação dos ambientes da unidade.

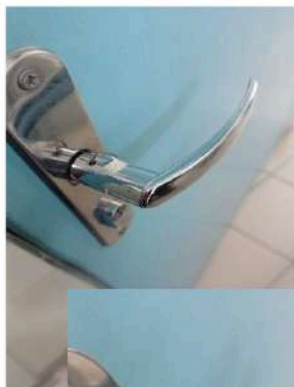
Antes



Depois



Antes



Depois



Instalação de coletor de perfurocortantes no consultório de ginecologia: início dos procedimentos de Implanon.



Fixação das lixeiras na área externa



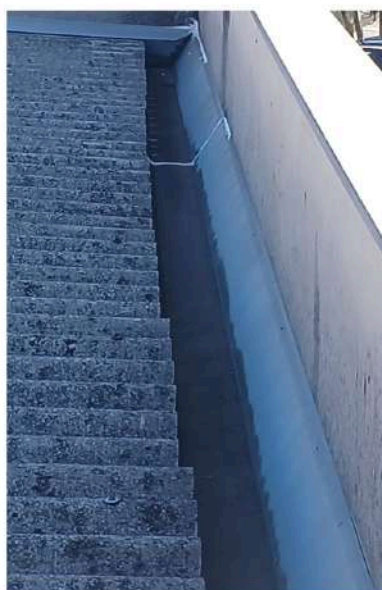
Antes



Depois

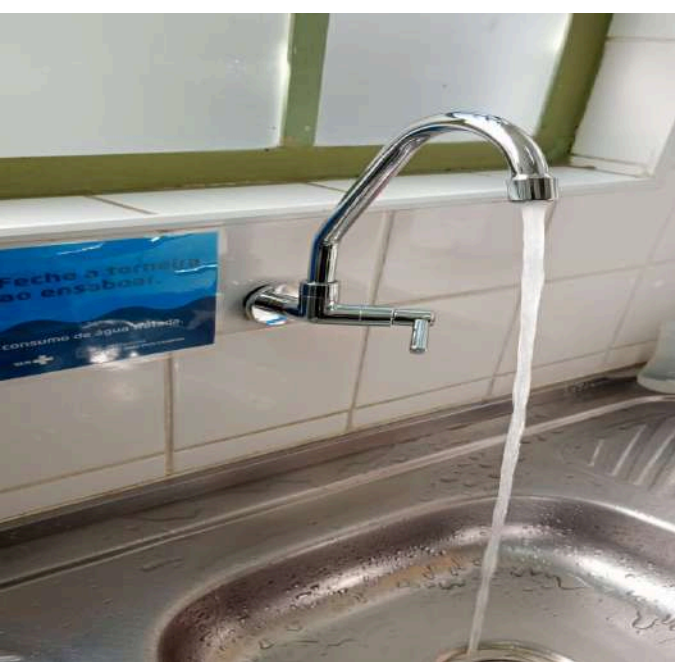


Limpeza de calhas



UBS JARDIM TELESPARK

**Troca de refil dos filtros do bebedouro da recepção e torneira da copa;
Limpeza dos ventiladores;
Troca da torneira da Hipodermia;
Solda das longarinas;
Reposição de lâmpadas e soquetes;
Pintura estrutura da mesa da copa.**



ANTES:



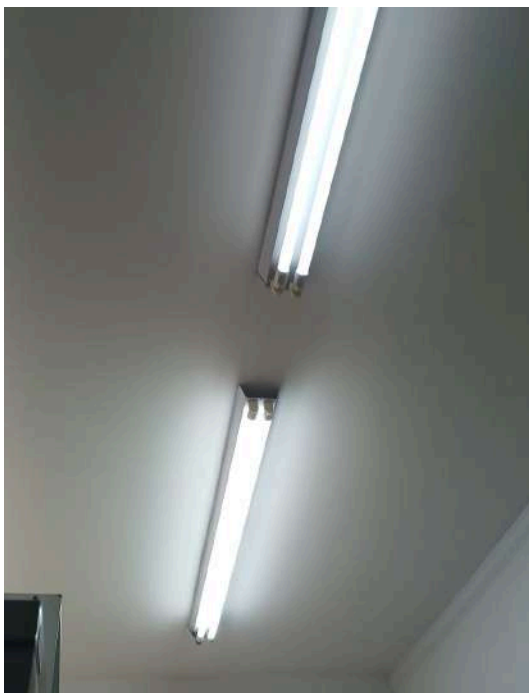
DEPOIS:



ANTES:



DEPOIS:



ANTES:



DEPOIS:



Projetos Arquitetônicos

Em 2026, as UBSs seguem empenhadas na elaboração e preparo do acervo para obtenção do Laudo Técnico de Avaliação (LTA) junto à Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos.

Engenharia Clínica

Patrimônio - UBS Alto da Ponte

A unidade possui atualmente dois equipamentos de ar-condicionado inoperantes, situação já identificada e formalizada junto à Secretaria Municipal de Saúde por meio dos ofícios encaminhados

para conhecimento e providências. A unidade permanece aguardando devolutiva e definição das ações necessárias para manutenção/substituição dos equipamentos.

UBS ALTO DA PONTE			abr-26
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

Patrimônio - UBS Santana

Compressor da Odonto - Segue em manutenção

UBS SANTANA			abr-26
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

Patrimônio - UBS Alto de Santana

No momento, a unidade apresenta inoperância dos aparelhos de ar-condicionado do laboratório, estando no aguardo da instalação de nova fiação elétrica para posterior reinstalação dos equipamentos. Além disso, encontram-se inoperantes dois equipamentos de ultrassom odontológico e o equipamento de raio-X, impactando temporariamente a plena utilização dos serviços correspondentes.

UBS ALTOS DE SANTANA			abr-26
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

Patrimônio - UBS Telespark

Foi realizada manutenção corretiva na sala de odonto, com troca de flat cable, válvula da seringa, diafragmas e válvula dupla da cadeira odontológica, visando assegurar o adequado funcionamento e a continuidade da assistência.

UBS JARDIM TELESPARK			abr-26
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

ABASTECIMENTO

O sistema SALUTEM está em funcionamento como ferramenta de gestão de suprimentos nas Unidades Básicas de Saúde. Desta forma, o CEJAM e os serviços acompanham o uso/estoque de insumos e medicamentos por centro de custo e os gestores dos serviços, poderão mensurar o consumo local.

11.COMISSÕES

UBS Altos de Santana

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

CEJAM			
PRÓ MEMÓRIA			
DATA	26/05/2026	HORÁRIO	11 H
LOCAL	UBS ALTOS DE SANTANA		
ASSUNTO	COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO		

1 - PAUTAS ABORDADAS

- 1.1 Atualização do painel de informações;
- 1.2 Revisão e atualização dos informativos dos aniversariantes;
- 1.3 Inclusão dos novos funcionários nos informativos;
- 1.4 Pendências da reunião anterior;
- 1.5 Organização das próximas ações da comissão.

2 - DECISÕES

- 2.1 A ficha do consultório do paciente ficará sob responsabilidade da jovem aprendiz Vitória, para o preenchimento junto aos pacientes. Ao final do expediente, as informações serão lançadas no Forms.
- 2.2 O enfermeiro João iniciará a auriculoterapia no grupo do tabaco e também com os funcionários.
- 2.3 A preceptora Sheila realizará uma ação com os técnicos e a equipe administrativa.
- 2.4 Haverá também a festa junina, que será realizada juntamente com a comemoração dos aniversariantes do mês.

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO



PRÓ MEMÓRIA

DATA	22/05/2026	HORÁRIO	1Q H
LOCAL	UBS ALTOS DE SANTANA		
ASSUNTO	COMISSÃO DE ÓBITO		

1 - PAUTAS ABORDADAS

1.1 Ausência de óbitos no período

Informado pela comissão que não houve registro de óbitos na unidade durante o período avaliado.

1.2 Qualidade da assistência

Discutida a importância da manutenção das boas práticas assistenciais, segurança do paciente e continuidade do cuidado.

1.3 Comunicação entre equipe

Reforçada a necessidade de alinhamento entre recepção, enfermagem e equipe técnica para melhoria do fluxo assistencial e prevenção de falhas.

1.4 Atualização de protocolos

Orientada a equipe quanto à importância da revisão contínua dos protocolos assistenciais e registros em prontuário.

COMISSÃO DE FARMACOTERAPÊUTICA

REUNIÃO DA COMISSÃO DE FARMACOTERAPÊUTICA

Data: 19/05/2026
Local: UBS ALTOS DE SANTANA
Horário: 10hs às 11hs.
Participantes: EQUIPE DA COMISSÃO

1. PAUTAS ABORDADAS

01. NOMEAÇÃO DOS PARTICIPANTES
02. DATA DAS REUNIÕES
03. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

2. DECISÕES

- FICOU ACORDADO QUE IRÁ FAZER PARA PROJETO PILOTO NA UNIDADE , O ATENDIMENTO FARMACÊUTICO, FICOU DECIDIDO QUE SERÁ ÀS SEXTAS-FEIRAS, DAS 14HRS AS 15HRS
- REALIZAR TREINAMENTO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS E PRAZOS DE VALIDADE DAS RECEITAS;
- LISTA DE MEDICAÇÕES DISPONÍVEIS NA UES E CAPS;
- ELABORAÇÃO DE PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO FARMACÊUTICO DOS PACIENTES;
- ORIENTAÇÃO PARA AS PRESCRIÇÕES DOS MEDICAMENTOS PELA DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA (DCB);

COMISSÃO CCIRAS**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	13/05/2026	HORÁRIO	10h
LOCAL	UBS ALTOS DE SANTANA		
ASSUNTO	COMISSÃO CCIRAS		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Planilhas de acompanhamento e Indicadores
02. Próximos treinamentos previstos

2. DECISÕES

01. Rever as visitas técnicas, observando as inadequações pregressas e o que foi alterado/solucionado.
02. Preparação para o treinamento de feridas (Julia + Giovana)
03. Campanhas para sanar inadequações

3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Preenchimento das planilhas de acompanhamento	CCIRAS	MENSAL	
Resolução das necessidades da unidade	CCIRAS + GERENTE	MENSAL	
Revisão das inadequações da unidade	CCIRAS	15 DIAS	

UBS Jd Telespark

GERENCIAMENTO DE RISCOS

CEJAM

PRÓ MEMÓRIA

DATA	25/05/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELESARK		
ASSUNTO	Gerenciamento de Riscos		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Intensificação para realização de notificações;
02. Execução de ação para monitoramento semanal de notificações.
03. Reforço sobre o descarte correto de materiais nos lixos e caixa de perfurocortantes.

1. DECISÕES

01. Definir execução de ação semanal com vista para a realização de notificações pelos profissionais médicos, enfermeiros e setores como farmácia, sala de curativo, hipodermia e recepção.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Definição de monitoramento de higienização das mãos e superfícies nos setores semanais, sendo um profissional por semana, a definir escala.	MEMBROS DA COMISSÃO	30 dias	N.A

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

CEJAM

PRÓ MEMÓRIA

DATA	11/05/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELES PARK		
ASSUNTO	Comissão de Óbito		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Análise de prontuários de pacientes que foram a óbito;
02. Avaliação de acompanhamento dos pctes;
03. Avaliação de causa de óbito;
04. Planejamento da próxima reunião.

1. DECISÕES

01. Levantar mensalmente os óbitos que ocorrem no mês para avaliação na reunião do mês subsequente;
02. Avaliação de causa de óbitos relacionadas a assistência de cuidados pela unidade ou outros fatores.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Levantamento dos óbitos de cada equipe para avaliação dos últimos atendimentos realizados na UBS e analisar causa do óbito.	MEMBROS DA COMISSÃO	30 dias	

COMISSÃO CCIRAS



PRÓ MEMÓRIA

DATA	27/05/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELESARK		
ASSUNTO	Comissão Controle de Infecções Relacionados à Assistência à Saúde - CCIRAS		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Avaliação da eficácia das metas atribuídas na comissão anterior
02. Atualização do calendário vacinal dos profissionais da unidade
03. Avaliação do armazenamento de medicamentos e insumos
04. Capacitações e treinamentos realizados pela equipe
05. Planejamento de ações educativas sobre prevenção de infecções

2. DECISÕES

- 01 Realizar o monitoramento contínuo da situação vacinal dos profissionais da unidade, garantindo a conformidade com as recomendações vigentes
- 02 Fortalecer o controle das condições de armazenamento de medicamentos e insumos para garantir sua qualidade, segurança e rastreabilidade
- 03 Manter um programa contínuo de capacitação dos profissionais em temas relacionados à prevenção e controle de infecções
- 04 Implementar um plano semestral de ações educativas voltadas à prevenção e ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.004.001

Pág. 1 de 2

PRO MEMORIA

DATA	27/05/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELESPARK		
ASSUNTO	Comissão Controle de Infecções Relacionados à Assistência à Saúde - CCIRAS		

3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Controle vacinal dos colaboradores	MEMBROS DA COMISSÃO	30 dias	
Auditoria de medicamentos e insumos			
Capacitação das equipes			
Ações educativas em prevenção de infecções			

UBS ALTO DA PONTE

COMISSÃO GERENCIAMENTO DE RISCOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	19/05/2026	HORÁRIO	14h00 às 15h00
LOCAL	UBS ALTO DA PONTE/ SALA 11		
ASSUNTO	ATA de Reunião NSP nº05		

PAUTAS ABORDADAS

1. Abertura da reunião com Enfermeira Camila agradecendo a presença de todos.
2. Plano de Ação – Cultura de Segurança do Paciente

Fortalecer a cultura de segurança do paciente na UBS, promovendo assistência segura, comunicação efetiva entre equipes, redução de incidentes e melhoria contínua da qualidade do cuidado.

3. Objetivos Específicos:
 - Incentivar a notificação de incidentes e eventos adversos.
 - Melhorar a comunicação entre os profissionais.
 - Promover educação permanente em segurança do paciente.
 - Padronizar processos assistenciais.
 - Reduzir riscos relacionados à assistência.
 - Estimular um ambiente não punitivo e colaborativo.

4. Plano de ação

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

UBS Alto da Ponte, 12 de maio de 2026.

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – UBS ALTO DA PONTE

Aos 12 dias do mês de maio de 2026, às 14h, foi realizada a reunião da Comissão de Humanização da UBS Alto da Ponte, com a finalidade de tratar da organização da Semana da Enfermagem da equipe da unidade.

Na oportunidade, fica registrada a nomeação da enfermeira **Simone Lopes Cazo**, que passará a integrar a Comissão de Humanização da UBS Alto da Ponte a partir da presente data.

Após discussão entre os membros da comissão, ficou decidido em assembleia o seguinte cronograma de atividades para a Semana da Enfermagem:

- **Primeiro dia:** abertura do evento com um delicioso café da manhã e sessão de massagem relaxante com a voluntária Sandra Dias;
- **Segundo dia:** palestra com a nutricionista Camila, com o tema "Educação Nutricional";
- **Terceiro dia:** a enfermeira Laura Mancia realizará limpeza de pele e auriculoterapia;
- **Quarto dia:** atividade "Cuidados com a Pele", conduzida pela voluntária Claudia, da Mary Kay;
- **Quinto e último dia:** o professor Pietro, do Centro Poliesportivo, realizará atividades de alongamento e pilates com os colaboradores da enfermagem.

Pensando no bem-estar físico e mental dos colaboradores, a UBS Alto da Ponte, em parceria com o Centro Comunitário Poliesportivo, deliberou em reunião que, a partir desta data, todas as sextas-feiras, no período da manhã, serão realizadas atividades de alongamento com todos os colaboradores da unidade.

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada, e eu, Laura Fabiana Elias Mancia, lavrei a presente ata, que será assinada pelos presentes.

PRÓ MEMÓRIA

DATA	12/05/2026	HORÁRIO	14h00 às 15h00
LOCAL	UBS ALTO DA PONTE/ SALA 08		
ASSUNTO	ATA de Reunião da Comissão de revisão de prontuários		

PAUTAS ABORDADAS

1. Abertura da reunião com Enfermeira Camila agradecendo a presença de todos.
2. Enfermeira Camila informa que não faz mais parte da Comissão de revisão de prontuários e que a partir de agora será dirigida pela Enfermeira Juliana.
3. Reforçado sobre o objetivo da Comissão, sendo revisar os prontuários dos pacientes atendidos na unidade, prezando qualidade dos registros, continuidade do cuidado, segurança do paciente e conformidade com as diretrizes da atenção primária à saúde.
4. Reforçado sobre a metodologia, com intuito de selecionar aleatoriamente uma pequena amostra de prontuários e observar os seguintes critérios:
 - Identificação completa do usuário e cadastro atualizado;
 - Registro de acolhimento, escuta qualificada e classificação de risco (quando aplicável);
 - Anamnese, exame físico e hipóteses diagnósticas;
 - Evolução multiprofissional (médica, enfermagem e demais categorias);
 - Prescrição e condutas adotadas;
 - Registros de procedimentos, vacinas e acompanhamento de condições crônicas;
 - Encaminhamentos para rede de atenção e contrarreferência;
 - Registros de visitas domiciliares;
 - Organização, assinatura e identificação profissional.

PRÓ MEMÓRIA

DATA	27/05/2026	HORÁRIO	11h00 às 12h00
LOCAL	UBS ALTO DA PONTE/ SALA 08		
ASSUNTO	ATA de Reunião CCIRAS		

PAUTAS ABORDADAS

1. Abertura da reunião com Enfermeira Juliana agradecendo a presença de todos.
2. Camila Silveira, Laura Fabiana e Lilian não puderam comparecer hoje.
3. Teste biológico da autoclave, onde não é realizado na sexta feira por não ter profissional para retirar no dia seguinte, o que compromete os atendimentos da odonto e enfermagem por não ter material esterilizado na segunda feira ou material escasso para trabalho.
4. Ralo da odontologia não foi comprado o tamanho correto, o que tem afetado os atendimentos por reclamações dos pacientes e risco de contaminação.
5. Validade da esterilização em autoclave.
6. Medição dos sabonetes líquidos, Peróxido de hidrogênio e álcool gel dos setores pela Equipe da limpeza, onde devem ser mensurados durante as trocas dentro da validade, o quanto sobrou e o quanto foi abastecido para inserir na planilha.
7. Reforço da limpeza concorrente das salas
8. Treinamento assertivo sobre a CME dado pela Enf. Josiane
9. Consumo de alimentos nos setores e uso de adornos.
10. Alinhamento sobre as próximas reuniões e treinamentos

UBS Santana

COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIOS



PRÓ MEMÓRIA

DATA	25/05/2026	HORÁRIO	14:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO MENSAL - COMISSÃO DE ANÁLISE DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		

1. PAUTAS ABORDADAS

1. Nomeação dos membros
2. Cronograma de reuniões

COMISSÃO PREVENÇÃO DE RISCOS DE ACIDENTES COM PERFURO CORTANTE

PRÓ MEMÓRIA

DATA	13/05/2026	HORÁRIO	14:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO MENSAL – COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE ACIDENTES COM MATERIAL PERFURO CORTANTE		

1. PAUTAS ABORDADAS

1. Nomeação dos membros
2. Cronograma de reuniões

COMISSÃO DE FARMACO TERAPEUTICA

CEJAM

PRÓ MEMÓRIA

DATA	28/05/2026	HORÁRIO	15:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO MENSAL - COMISSÃO FÁRMACO TERAPEUTICA		

1. PAUTAS ABORDADAS

1. Nomeação dos membros
2. Cronograma de reuniões

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



PRÓ MEMÓRIA

DATA	27/05/2026	HORÁRIO	14:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO MENSAL – COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS		

1. PAUTAS ABORDADAS

1. Nomeação dos membros
2. Cronograma de reuniões

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE- SCIRAS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	28/05/2026	HORÁRIO	14:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO MENSAL - CCIRAS		

1. PAUTAS ABORDADAS

1. INDICADORES ABRIL
2. Análise Crítica sobre o indicador de higienização das mãos

2. DECISÕES

1. Compartilhado em reunião sobre os indicadores de Abril.
2. Será realizada a análise Crítica sobre o indicador de higienização das mãos após a capacitação realizada com a equipe multi no dia mundial de higienização das mãos .

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCO



PRÓ MEMÓRIA

DATA	28/05/2026	HORÁRIO	07:30
LOCAL	UBS Santana		
ASSUNTO	Notificações de eventos adversos.		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Baixo índice de notificações dos eventos adversos.
02. Nomeação da nova Presidente da Comissão

2. DECISÕES

01. Orientação da equipe multidisciplinar.
02. Nomeação de Regiane de Oliveira Santos, Enfermeira RT, para presidente da Comissão de Gerenciamento de Risco em substituição de Mariana de Souza Lima, devido as competências profissionais agregarem na condução do regimento dessa comissão.

3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Oriento a equipe multi sobre o baixo índice das notificações dos eventos adversos no medicsys, reforço a importância da realização das mesmas.	Mariana Dentista - RT	90 dias	

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	12/05/2026	HORÁRIO	11:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO - COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO		

1. PAUTAS ABORDADAS

1. Acolhimento humanizado aos usuários da unidade.
2. Escuta ativa e comunicação respeitosa com pacientes e acompanhantes

2. DECISÕES

Foi realizada orientação à equipe sobre a importância da humanização no atendimento aos usuários da UBS Santana, destacando a necessidade de acolhimento, empatia, respeito, escuta qualificada, comunicação clara e preservação da privacidade dos pacientes. Também foi reforçada a importância do trabalho em equipe e do tratamento respeitoso entre colaboradores, visando promover um ambiente acolhedor e de qualidade para todos os usuários da unidade.

3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Reforçar a prática da escuta ativa e comunicação respeitosa	COMISSÃO	30 DIAS	

12 . CONCLUSÃO

O mês de maio foi marcado por importantes avanços na consolidação da assistência prestada na Microrregião Norte, evidenciando a maturidade dos processos de gestão e o compromisso permanente com a qualidade do cuidado ofertado à população. Os resultados alcançados refletem o fortalecimento contínuo dos processos assistenciais, sustentado pela atuação integrada das equipes, pelo monitoramento sistemático dos indicadores e pela implementação de estratégias direcionadas ao alcance das metas institucionais e assistenciais.

Destaca-se, no período, a implantação do Consultório da Experiência do Paciente, iniciativa que amplia a escuta qualificada dos usuários e fortalece a cultura de cuidado centrado na pessoa, promovendo maior aproximação entre a gestão, as equipes assistenciais e a população atendida. Os resultados já demonstram impacto positivo, evidenciado pela expressiva aprovação dos serviços por meio da metodologia NPS, que registrou 93% de usuários promotores, reforçando a elevada satisfação da população com a qualidade da assistência, o acolhimento e a resolutividade ofertados pelas unidades da microrregião.

Outro marco relevante foi a implementação das comissões padronizadas da Microrregião Norte, fortalecendo a governança clínica, a segurança do paciente, a padronização de práticas e a disseminação de uma cultura organizacional voltada para a excelência assistencial. A atuação estruturada dessas comissões contribui diretamente para o aprimoramento dos processos, a mitigação de riscos e a qualificação contínua dos serviços prestados.

Paralelamente, manteve-se o desenvolvimento de estratégias institucionais, apresentações gerenciais e ações de alinhamento organizacional voltadas à preparação para a Certificação ONA, consolidando a evolução da microrregião em direção aos mais elevados padrões de qualidade e segurança. Esse movimento demonstra o comprometimento das equipes com a melhoria contínua e com a construção de uma rede assistencial cada vez mais integrada, eficiente e sustentável.

Dessa forma, a Microrregião Norte encerra o mês de maio apresentando uma trajetória consistente de crescimento, fortalecimento dos processos assistenciais e aprimoramento da experiência do usuário, respaldada por uma ampla aprovação dos usuários avaliadores, resultado que reforça a confiança da população nos serviços ofertados.

Os avanços alcançados consolidam uma base sólida para a continuidade das ações estratégicas e para o sucesso do processo de certificação ONA, reafirmando o compromisso institucional com uma assistência cada vez mais segura, humanizada, eficiente e centrada nas necessidades dos cidadãos.

Cordialmente,



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

Thalita Ruiz Lemos da Rocha
Gerente Técnica Regional

Relatório de Atividades Assistenciais

PRONTO ATENDIMENTO

UPA 24H PORTE II ALTO DA PONTE

Contrato de Gestão nº408/2024

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Maio

2026



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

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	5
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	7
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	7
4. FORÇA DE TRABALHO	9
5. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL	18
6. INDICADORES DE PRODUÇÃO	142
7. INDICADORES DE GESTÃO - UPA ALTO DA PONTE	152
8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	161
9. COMISSÕES E COMITÊS	170
10. EDUCAÇÃO EM PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	202
11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE	207
12. MANUTENÇÃO	246
13. CONCLUSÃO	256

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 Maio de 2026**.

TABELA ANEXO IIB	Meta	2026
		Maio
1.1 Percentual do número de leitos	100%	100%
1.2 Equipe Mínima de Profissionais	100%	100%
2.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo definido em, no máximo, 2 horas	90%	92,49%
2.2 Taxa de Mortalidade na unidade de emergência \leq 24h	4%	0,03%
2.3 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidados do AVC	100%	100%
2.4 Percentual de pacientes trombolisados + percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidados do IAM	100%	100%
2.5 Cumprimentos e metas dos indicadores de linha de cuidado TRAUMA	100%	100%
2.6; 2.7; e 2.8; Índice de suspeição de SEPSE e abertura do protocolo; Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE; Adesão ao protocolo.	100%	100%
2.9 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados para UBS	100%	100%
2.10 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar (SAMU, bombeiros, etc.)	100%	100%
2.11 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco	100%	100%
2.12 Proporção de notificações de agravos de notificação compulsória	100%	100%
2.13 Nova consulta em menos de 24 horas	< 5%	0,32%
3.1 Consultas em clínica médica	8500	9.321
3.2 Consultas em pediatria	3200	2768
3.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação menor que 1 hora	100%	100%
4.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período	70%	1000%
4.2 Proporção de atendimento prioritário A pessoas vulneráveis	60% /100%	100%
4.3 Percentual de comissões atuantes e regulares	100%	100%
5.1 Monitoramento da manifestação do cliente, avaliação de reclamação e sugestões	100%	100%

5.2 Percentual de usuários satisfeitos/ muito satisfeitos	>80%	90,63%
---	------	--------

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi de **203** colaboradores CLT 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
Assistencial	RT Médico	1
	Coordenador Médico Clínico	1
	Coordenador Médico Pediátrico	1
	Enfermeiro RT	1
	Enfermeiro de Educação Permanente	1
	Enfermeiro da CCIH	1
	Técnico de CME	1
	Gerente Administrativo	1
	Supervisor noturno (Enfermeiro)	2
	Assistente Social	2
	Farmacêutico	4
	Farmacêutico Responsável Técnico	1
	Nutricionista	1
	Auxiliar administrativo	3
	Recepcionista	10
	Técnico de Informática	1
	Técnico de Segurança do trabalho	1
Supervisor administrativo/recepção	1	
Administrativa	Motorista/ ambulância	4

Técnico de Radiologia	7
RT Radiologia	1
Auxiliar de Farmácia	4
Auxiliar de Almoxarifado	1
Auxiliar de arquivo	1
Auxiliar de Manutenção	2
Copeira	4
Vigilante	4
Controlador de acesso	12
Auxiliar de Higiene / Serviços Gerais	12
Auxiliar Serviços Gerais	1
Líder da Higiene	1
Engenharia Clínica	1
Enfermeiro	38
Técnico de Enfermagem	80
Concierge	1
Total	206

Análise Crítica: No mês de maio, a unidade deu continuidade às ações de gestão de pessoal, mantendo o acompanhamento sistemático do quadro funcional e adotando medidas voltadas à garantia da continuidade operacional dos serviços. As movimentações ocorridas durante o período foram conduzidas de forma planejada, assegurando o equilíbrio das equipes e a manutenção da qualidade assistencial e administrativa. A equipe de Técnicos de Enfermagem permaneceu com quantitativo adequado para atender às demandas da unidade, mesmo diante da existência de colaboradores afastados. O monitoramento contínuo das escalas e a organização das coberturas contribuíram para a manutenção da assistência sem impactos significativos nas atividades desenvolvidas. No setor de Recepção, foi mantida a estratégia de contar com profissional destinado à cobertura de férias e ausências programadas, garantindo maior estabilidade no atendimento e evitando intercorrências relacionadas à disponibilidade de pessoal.

O setor de Auxiliar de Farmácia também permaneceu com quadro funcional ampliado, medida que favorece a cobertura de folgas, férias e demais afastamentos previstos, assegurando suporte contínuo às atividades do serviço e maior flexibilidade na gestão da equipe.

Os demais setores mantiveram seu funcionamento dentro da normalidade, com acompanhamento permanente das necessidades de pessoal e adoção de medidas preventivas sempre que necessário. A gestão próxima das equipes possibilitou adequada distribuição das atividades e preservação da produtividade dos setores.

De forma geral, os indicadores de Gestão de Pessoal referentes ao mês de maio demonstram um cenário de estabilidade organizacional, evidenciando a efetividade das ações de acompanhamento e planejamento dos recursos humanos. O monitoramento contínuo do quadro funcional e a adoção de estratégias voltadas à cobertura das demandas operacionais permanecem contribuindo para a segurança assistencial, a eficiência dos processos e a qualidade dos serviços prestados pela unidade.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais



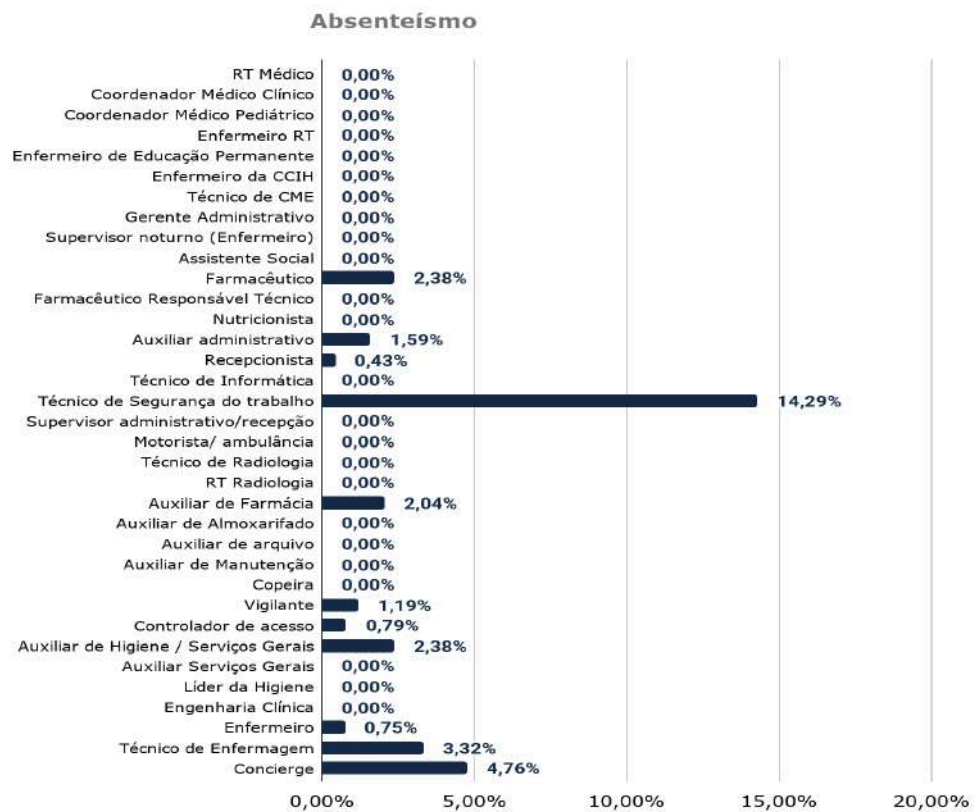
Análise Crítica: Durante o mês de maio, a unidade manteve integralmente a composição mínima necessária de profissionais para o funcionamento seguro e eficiente dos serviços. O acompanhamento contínuo das escalas e a gestão adequada dos recursos humanos permitiram assegurar a cobertura total dos postos de trabalho, garantindo a execução das atividades assistenciais e administrativas sem interrupções.

As estratégias adotadas para o gerenciamento das equipes favoreceram a adequada distribuição dos colaboradores entre os setores, possibilitando o atendimento das demandas diárias de forma organizada e alinhada às necessidades operacionais da unidade. Mesmo diante das variações naturais relacionadas a férias, folgas e afastamentos, as medidas de cobertura implementadas mostraram-se eficazes para preservar a continuidade dos processos.

A manutenção da equipe mínima em todos os setores contribuiu diretamente para a estabilidade das operações, assegurando a qualidade da assistência prestada e o cumprimento das rotinas institucionais. O alinhamento entre as lideranças e o monitoramento permanente do quadro funcional foram fundamentais para a prevenção de déficits de pessoal e para a rápida adequação das escalas quando necessário.

Dessa forma, o mês de maio encerrou-se com 100% de cobertura da equipe mínima prevista, demonstrando a efetividade do planejamento operacional e o compromisso da unidade com a segurança, a qualidade dos serviços e a continuidade do atendimento.

4.2.2 Absenteísmo



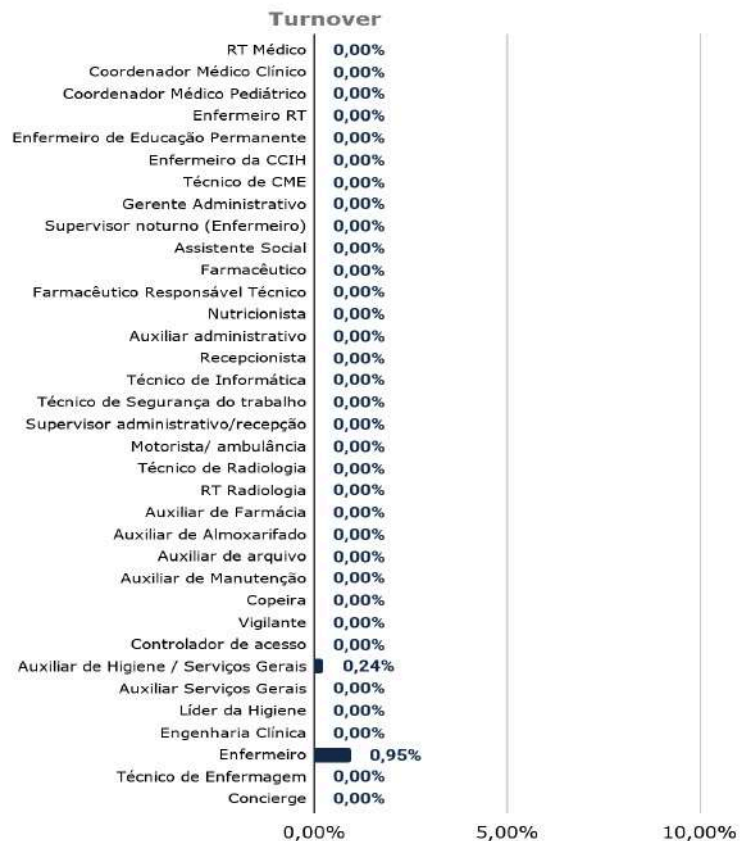
Análise Crítica: No mês de maio, os indicadores de absenteísmo da unidade permaneceram sob acompanhamento contínuo, demonstrando um cenário geral de estabilidade e adequado controle das ausências. Os resultados observados refletem o comprometimento das equipes e a efetividade das medidas adotadas para garantir a continuidade das atividades assistenciais e administrativas.

A equipe de enfermeiros apresentou índice de absenteísmo de 0,75%, mantendo excelente nível de assiduidade, os técnicos de enfermagem registraram índice de 3,32%, percentual que permaneceu dentro de parâmetros gerenciáveis, sem ocasionar impactos significativos na cobertura assistencial. Entre os farmacêuticos, o índice foi de 2,38%, demonstrando boa estabilidade da equipe e

adequada capacidade de organização das demandas do serviço e os auxiliares de farmácia apresentaram índice de 2,04%, mantendo desempenho satisfatório. A equipe administrativa registrou absenteísmo de 1,55%, resultado compatível com a dinâmica operacional da área, sem repercussões relevantes no andamento das rotinas administrativas. Na recepção, o índice foi de 0,43%, percentual considerado satisfatório e sem impacto nas atividades. Os controladores de acesso apresentaram índice de 0,79% e vigilantes foram de 1,19%. Os auxiliares de higiene apresentaram índice de 2,38%. O setor de Técnico de Segurança do Trabalho registrou índice de 14,39%. Considerando que o setor é composto por apenas um colaborador, qualquer período de ausência repercute diretamente no indicador percentual. Ainda assim, as demandas do setor foram conduzidas de forma organizada, sem prejuízos relevantes às atividades programadas. Da mesma forma, o setor de Concierge apresentou índice de 4,76%. Por ser apenas um colaborador em sua composição, pequenas variações de frequência refletem de forma mais expressiva no indicador.

De maneira geral, os resultados de maio evidenciam um cenário de absenteísmo controlado, com índices predominantemente baixos e variações pontuais associadas, principalmente, a setores com quadro reduzido de profissionais. O monitoramento contínuo dos indicadores e o acompanhamento próximo das equipes permanecem contribuindo para a manutenção da estabilidade operacional, da qualidade dos serviços prestados e da segurança assistencial.

4.2.3 Turnover



Análise Crítica: No mês de maio, as movimentações de pessoal ocorreram de forma pontual e planejada, refletindo a continuidade das ações voltadas à manutenção do quadro funcional e ao atendimento das necessidades operacionais da unidade. As admissões realizadas contribuíram para o fortalecimento das equipes e para a preservação da qualidade dos serviços prestados.

No período, foram registradas admissões nos setores de Higiene (0,24%) e Enfermagem (0,95%). As contratações efetuadas possibilitaram a recomposição do quadro de profissionais, favorecendo a adequada distribuição das atividades e garantindo suporte às demandas assistenciais e operacionais da unidade.

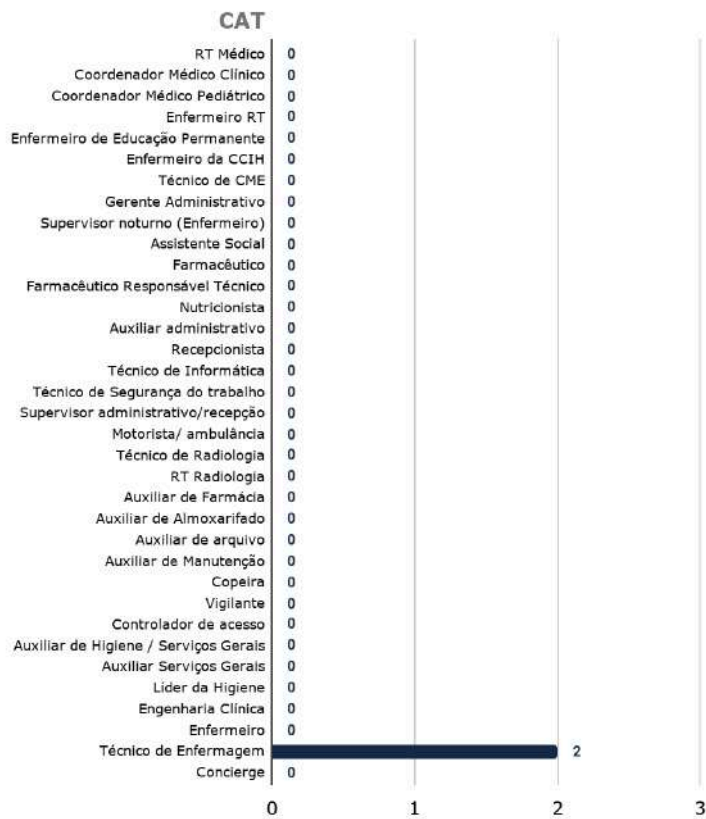
A admissão de profissionais de enfermagem reforçou a estrutura assistencial, contribuindo para a manutenção das escalas e para a continuidade do atendimento de forma segura e eficiente. Da mesma forma, o ingresso de colaborador no setor de Higiene auxiliou na sustentação das rotinas de limpeza e organização dos ambientes, assegurando a manutenção dos padrões institucionais estabelecidos.

As movimentações observadas durante o mês demonstram alinhamento entre o planejamento de recursos humanos e as necessidades identificadas pelos setores, permitindo respostas ágeis às demandas da unidade e fortalecendo a estabilidade das equipes.

Destaca-se ainda que os processos de recrutamento e seleção permanecem sob acompanhamento contínuo, possibilitando a reposição oportuna de profissionais sempre que necessário e contribuindo para a manutenção da capacidade operacional dos serviços.

De maneira geral, os indicadores de turnover referentes ao mês de maio evidenciam uma movimentação controlada e compatível com a dinâmica institucional. As admissões realizadas reforçam o compromisso da unidade com a manutenção de equipes adequadamente dimensionadas, assegurando a continuidade das atividades, a qualidade da assistência prestada e a eficiência dos processos internos.

4.2.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise crítica:

Foram registrados 2 acidentes de trabalhos com técnicos de enfermagem durante o mês de maio, sendo eles:

Acidente decorrente de ação de terceiros, em que o paciente puxou o braço quando a técnica estava retirando o acesso da medicação, perfurando o dedo da mesma, não havendo imperícia ou ato inseguro por parte dela.

O segundo, equipamento "Scalp" apresentou defeito, a trava de segurança escapou, fazendo com que ao retirar a agulha, a trava não fosse acionada e perfurando o dedo polegar.

Conclusão:

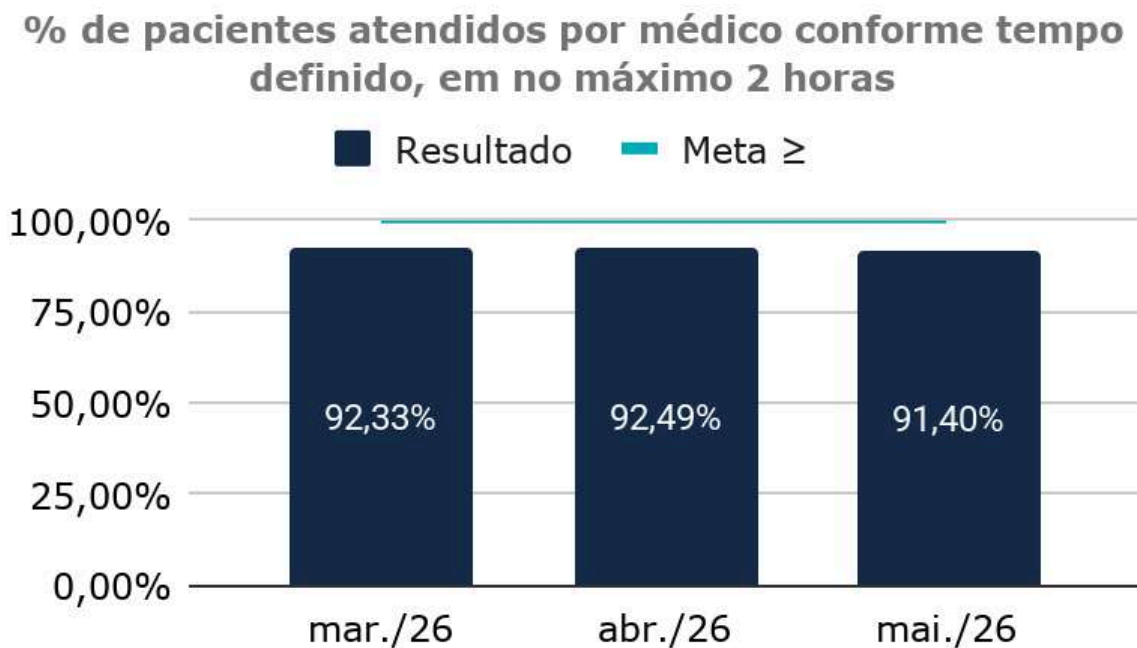
Ambos acidentes não eram possíveis de se evitar, tendo em vista suas causas raízes sendo ação de terceiros e equipamento defeituoso. As duas funcionárias foram orientadas e já estão à disposição da empresa, voltando a executar suas atividades.

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 maio de 2026, a UPA Alto da Ponte realizou 13.780 atendimentos, representando aumento da demanda assistencial em comparação ao mês anterior e mantendo elevado volume de procura pelos serviços de urgência e emergência da microrregião norte do município. Mesmo diante desse cenário, a unidade preservou a capacidade operacional e assistencial, alcançando 91,40% dos atendimentos realizados em até duas horas, percentual superior à **meta contratual de 90%.**

O resultado demonstra a manutenção da eficiência dos processos assistenciais e administrativos, evidenciando adequada organização dos fluxos internos, gestão efetiva da demanda e capacidade de adaptação das equipes multiprofissionais frente ao incremento do volume assistencial. Aproximadamente 12.593 atendimentos foram concluídos dentro do tempo preconizado, reforçando a efetividade das estratégias implementadas para garantia do acesso oportuno aos usuários.

A análise do período evidencia que o aumento da demanda não impactou negativamente os indicadores de oportunidade, demonstrando maturidade operacional da unidade e capacidade de absorção de volumes elevados sem comprometimento da qualidade assistencial. Tal resultado está diretamente relacionado ao monitoramento contínuo dos fluxos assistenciais, ao adequado dimensionamento das equipes e à utilização de ferramentas estratégicas voltadas à otimização do atendimento.

FAST TRACK

O Fast Track manteve-se como uma das principais estratégias de gestão da demanda de baixa complexidade, contribuindo significativamente para a organização do fluxo assistencial e para a manutenção dos indicadores institucionais. Durante o mês de maio foram realizados 1.259 atendimentos por meio desse modelo assistencial, representando crescimento em relação ao mês anterior e reafirmando sua relevância dentro da operação da unidade.

O tempo médio entre a abertura da ficha e o atendimento médico foi de aproximadamente 30 minutos, resultado que demonstra importante ganho de eficiência quando comparado aos meses anteriores. O desempenho alcançado evidencia elevada resolutividade do fluxo rápido, garantindo acesso ágil aos pacientes elegíveis e contribuindo diretamente para a redução dos tempos de espera gerais da unidade.

A atuação do Fast Track proporcionou benefícios assistenciais e operacionais relevantes, destacando-se:

- Redução do tempo de espera para pacientes classificados como baixa complexidade;
- Maior disponibilidade dos consultórios médicos para atendimento dos casos de média e alta complexidade;
- Melhoria da fluidez operacional e da circulação dos pacientes na unidade;
- Otimização da utilização dos recursos humanos e estruturais;
- Redução da pressão assistencial sobre os fluxos convencionais;
- Contribuição direta para a manutenção do indicador de oportunidade acima da meta contratual.

Além dos impactos assistenciais, o modelo segue demonstrando importante potencial de eficiência operacional, promovendo uso racional dos insumos e melhor aproveitamento da capacidade instalada da unidade, sem prejuízo da qualidade do atendimento ofertado.

Os resultados observados em maio evidenciam a consolidação de um modelo assistencial estruturado, resiliente e orientado por indicadores de desempenho. O aumento do volume de atendimentos foi acompanhado pela manutenção dos padrões de oportunidade e pela melhoria dos tempos de resposta do Fast Track,

demonstrando que os processos implantados apresentam robustez suficiente para suportar oscilações da demanda sem perda de desempenho.

Destaca-se que a unidade manteve equilíbrio entre produtividade e qualidade assistencial, preservando a capacidade de resposta das equipes, a segurança dos processos e a efetividade dos fluxos internos. O comportamento dos indicadores reforça a importância das estratégias de gestão adotadas, especialmente aquelas voltadas à segregação adequada dos perfis assistenciais, monitoramento em tempo real da demanda e otimização dos recursos disponíveis.

A análise consolidada de maio demonstra que a UPA Alto da Ponte manteve desempenho assistencial satisfatório mesmo diante do aumento da procura pelos serviços, apresentando:

- 13.780 atendimentos realizados no período;
- 91,40% dos atendimentos concluídos em até duas horas, acima da meta contratual;
- Aproximadamente 12.593 atendimentos realizados dentro do tempo preconizado;
- 1.259 atendimentos realizados pelo Fast Track;
- Tempo médio de aproximadamente 30 minutos no Fast Track;
- Manutenção da fluidez operacional e da capacidade de resposta assistencial;
- Sustentação da qualidade do acesso mesmo em cenário de elevada demanda.

Dessa forma, os resultados de maio reforçam a capacidade da UPA Alto da Ponte em manter elevados padrões de desempenho assistencial, garantindo acesso oportuno, eficiência operacional e qualidade na prestação dos serviços de urgência e emergência à população atendida.

5.1.2 Percentual de número de leitos



Análise crítica: A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas Alto da Ponte dispõe de uma estrutura assistencial composta por 20 leitos, conforme previsto no edital de chamamento, distribuídos estrategicamente entre os setores destinados ao atendimento de pacientes em situações de urgência e emergência. A capacidade instalada contempla 2 leitos de emergência (adulto e pediátrico), 4 leitos de Sala Amarela, 6 leitos de observação adulto, 1 leito de isolamento adulto, 6 leitos de observação pediátrica e 1 leito de isolamento pediátrico, mantendo plena utilização de sua capacidade operacional.

Durante o mês de maio, a unidade registrou 437 atendimentos assistenciais nos setores de observação, emergência e Sala Amarela, demonstrando a relevância do serviço para a Rede de Atenção à Saúde e a significativa demanda assistencial absorvida pela unidade. Os atendimentos foram provenientes tanto da procura espontânea dos usuários quanto de encaminhamentos realizados por meio da regulação, reforçando o papel da UPA como importante ponto de acesso e ordenação do cuidado em âmbito regional.

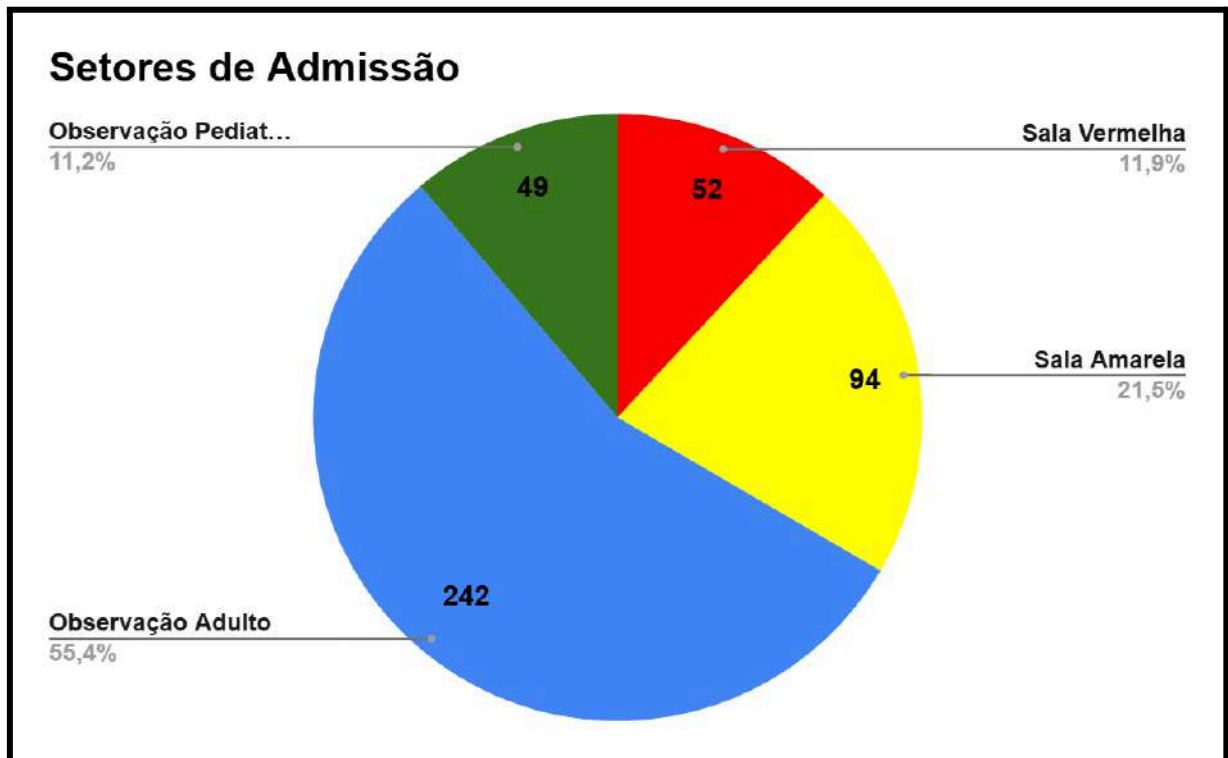
Sob a perspectiva da gestão, os resultados alcançados evidenciam a consistência dos processos assistenciais e a capacidade da unidade em responder de forma eficiente às necessidades da população, mesmo em períodos de elevada procura. A manutenção da qualidade da assistência, da segurança do paciente e da resolutividade clínica é resultado da atuação articulada das equipes multiprofissionais e da adoção de fluxos de trabalho estruturados.

O monitoramento contínuo dos atendimentos representa um instrumento essencial para a avaliação do perfil epidemiológico e assistencial da unidade, oferecendo informações estratégicas para o planejamento e a tomada de decisões. A análise desses dados favorece o adequado dimensionamento das equipes, a otimização da alocação de recursos e o aperfeiçoamento permanente dos processos assistenciais.

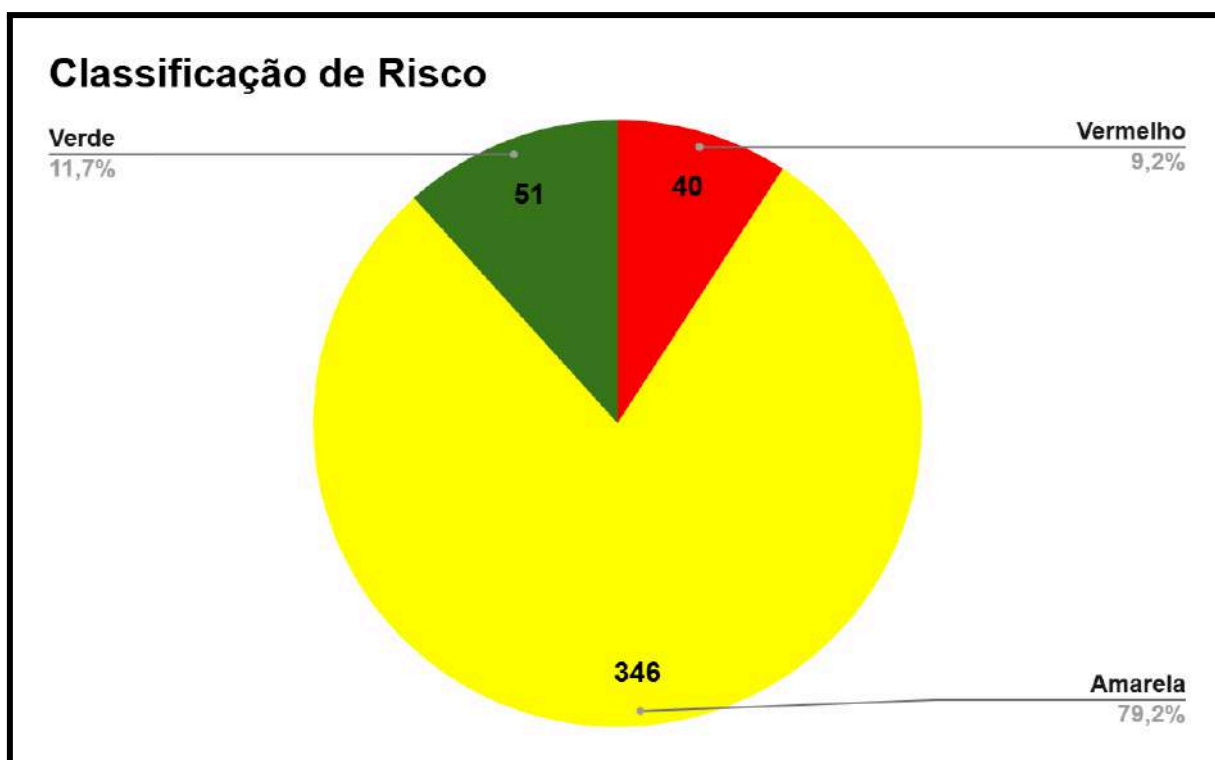
Adicionalmente, o acompanhamento sistemático dos indicadores contribui para o fortalecimento da eficiência operacional, possibilitando a identificação antecipada de demandas sazonais, a detecção de oportunidades de melhoria e a implementação de ações voltadas ao aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados.

Destaca-se ainda a importância da articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, visando qualificar os fluxos de referência e contrarreferência, promover o uso racional dos recursos disponíveis e ampliar a capacidade resolutiva da assistência oferecida.

Nesse contexto, a adoção de práticas fundamentadas na qualidade assistencial, na segurança do paciente e na gestão eficiente do cuidado contribui para a sustentabilidade operacional da unidade, fortalecendo a rede de serviços de saúde e assegurando atendimento integrado, resolutivo e centrado nas necessidades da população.



Perfil de Classificação de Risco dos Pacientes Admitidos



Análise crítica: No período analisado, a avaliação de risco dos pacientes demonstrou um perfil assistencial predominantemente voltado para casos de complexidade intermediária — característica que impacta diretamente a organização dos fluxos internos e a alocação dos recursos disponíveis na unidade.

Foram registrados 40 pacientes classificados como vermelhos (9%), correspondendo a quadros críticos que demandaram atendimento imediato, suporte avançado e acionamento rápido de equipes e insumos especializados. Esse dado reforça a importância de manter o serviço de emergência em condição de prontidão permanente, capaz de responder a situações de alta gravidade com agilidade e segurança.

A maior parte dos atendimentos concentrou-se na categoria amarela, com 346 registros (79%). Esse percentual expressivo reflete uma demanda significativa

por cuidado de risco moderado, que exige acompanhamento contínuo, reavaliações frequentes, maior tempo de permanência para observação e uso intensivo de recursos diagnósticos e terapêuticos. Essa realidade interfere de forma decisiva na dinâmica operacional do setor e na rotina das equipes de saúde.

Já os pacientes classificados como verdes somaram 51 atendimentos (12%), representando quadros de menor gravidade e maior estabilidade clínica. Esses casos requerem intervenções mais simples e geram impacto reduzido sobre a estrutura e os insumos da unidade.

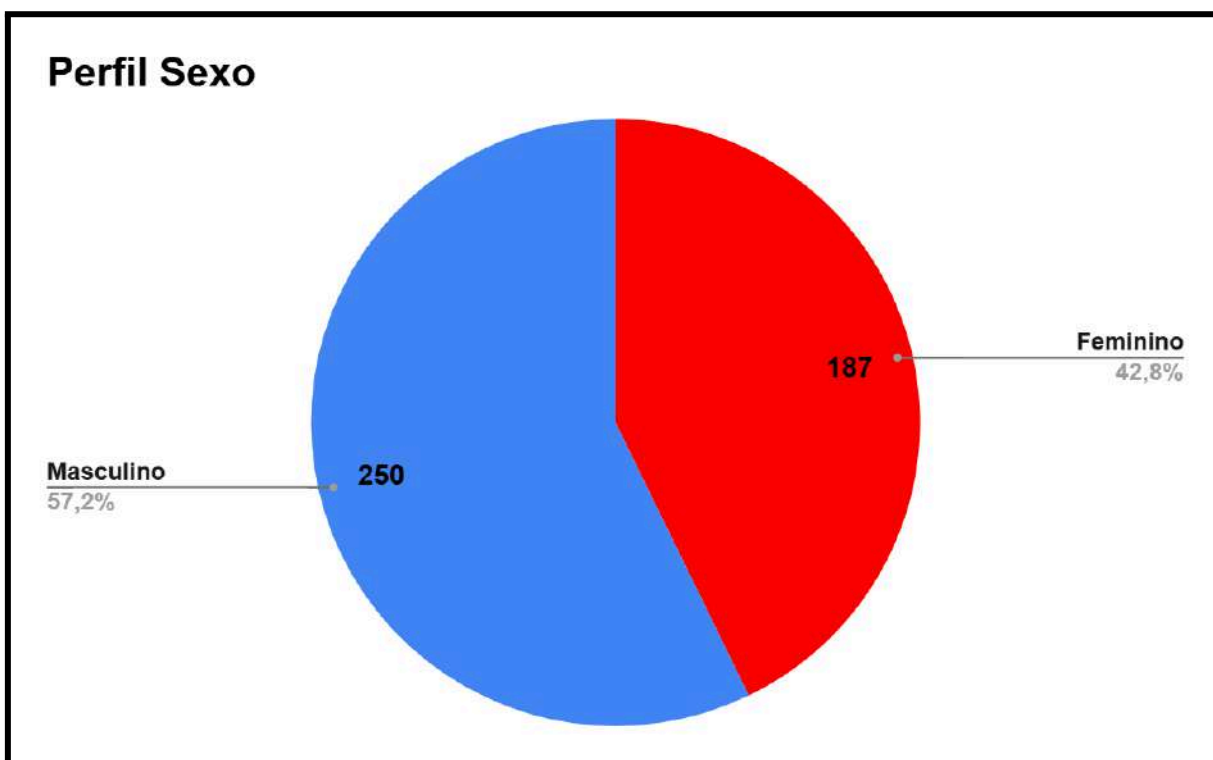
Não houve registros nas categorias azul e cinza, o que indica que, no período avaliado, não foram atendidos casos de baixa urgência nem ocorreram óbitos no momento da admissão.

Sob a ótica gerencial, o predomínio de pacientes com classificação amarela configura um desafio operacional relevante, uma vez que está associado a maior ocupação de leitos, permanência prolongada, menor rotatividade de vagas e maior carga de trabalho para as equipes. Esse cenário ressalta a necessidade de monitoramento sistemático dos indicadores e de avaliação constante da capacidade instalada, de modo a garantir que a estrutura esteja compatível com o volume e o perfil dos atendimentos.

Diante disso, torna-se essencial investir em estratégias que otimizem os fluxos internos, padronizem os protocolos clínicos, aperfeiçoem os processos de regulação do acesso e fortaleçam a articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Tais medidas visam eliminar gargalos, ampliar a capacidade de resolução dos problemas e promover o uso mais eficiente dos recursos disponíveis.

Nesse contexto, a estratificação de risco se consolida como uma ferramenta fundamental para a gestão assistencial e a governança clínica, pois subsidia o planejamento estratégico, o dimensionamento adequado das equipes e a alocação inteligente de materiais e estrutura. O acompanhamento contínuo desses dados permite implementar melhorias progressivas, sempre com foco na

qualidade do atendimento, na segurança do paciente e na excelência do desempenho institucional.



Análise crítica: No mês de maio, a análise do perfil epidemiológico dos pacientes em regime de observação apontou para uma leve predominância do sexo masculino, com 250 atendimentos (57,2%), em comparação com 187 registros do sexo feminino (42,8%). Apesar dessa diferença percentual, verifica-se uma distribuição bastante equilibrada entre os gêneros, configurando um indicador estratégico para o planejamento das ações, o dimensionamento adequado das equipes e a organização da capacidade operacional da unidade.

A maior participação do público masculino pode ser explicada por características epidemiológicas conhecidas, como a maior exposição a eventos agudos, traumas e condições clínicas associadas a fatores ocupacionais e comportamentais. Ainda

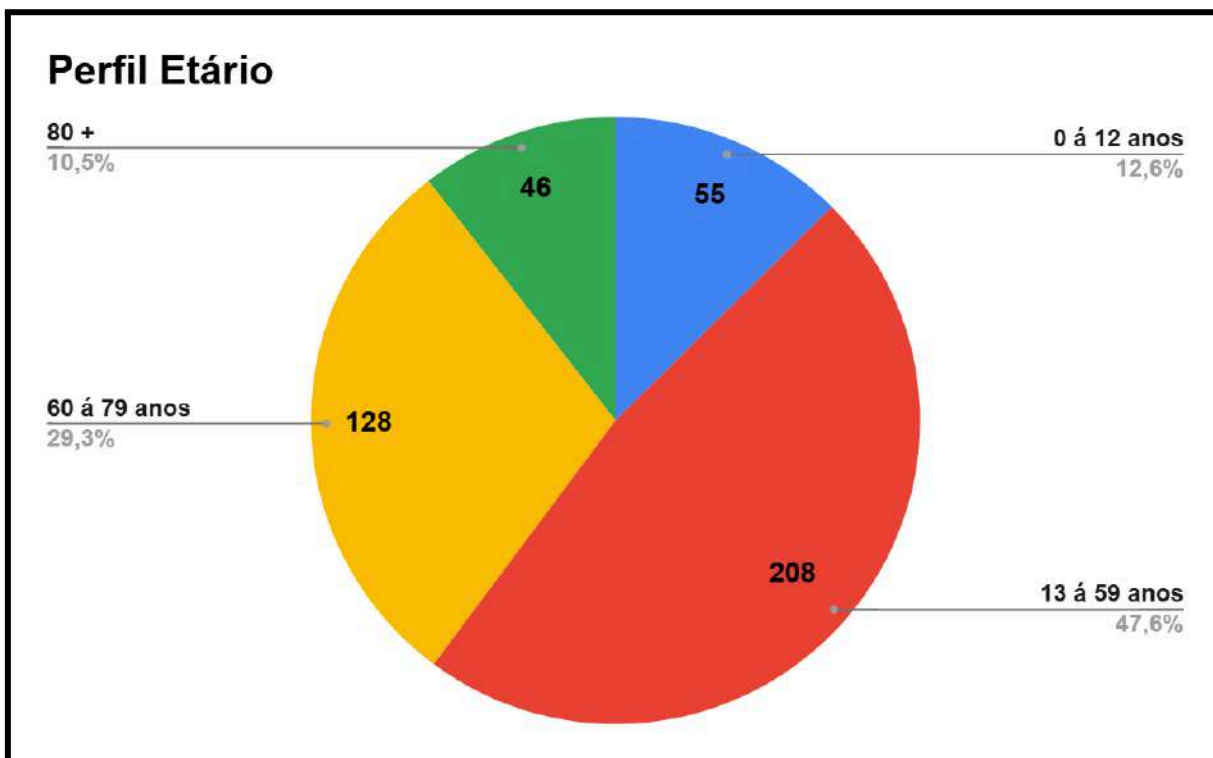
assim, a proximidade entre os índices demonstra que o atendimento abrange um perfil diversificado, reforçando o papel da unidade como elo fundamental dentro da Rede de Atenção às Urgências.

Nesse cenário, a UPA cumpre sua função essencial: garantir o acolhimento qualificado, realizar a classificação de risco, promover a estabilização clínica no momento oportuno e efetuar o encaminhamento regulado sempre que necessário, em estrita observância aos protocolos institucionais e diretrizes técnicas vigentes. Essa atuação estruturada contribui para a organização eficaz dos fluxos assistenciais e auxilia na redução da pressão sobre os serviços hospitalares de alta complexidade.

Sob a perspectiva gerencial, o monitoramento contínuo do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários é indispensável para identificar tendências, sazonalidades e padrões de utilização do serviço. Essas informações embasam a tomada de decisão estratégica, favorecendo a alocação mais eficiente de recursos humanos, materiais e tecnológicos, além de impulsionar a eficiência operacional e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Destaca-se, ainda, a relevância da integração entre a UPA e a Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde. Essa articulação fortalece os fluxos de referência e contrarreferência, assegura a continuidade do cuidado ao longo do tempo e ajuda a reduzir a demanda por atendimentos de urgência que poderiam ser resolvidos em etapas anteriores, otimizando o uso da capacidade instalada e ampliando a capacidade de resolução de todo o sistema.

Perfil Etário dos Pacientes Admitidos



Análise crítica: No mês de maio, os 437 pacientes admitidos nos setores de observação e emergência apresentaram distribuição etária diversificada, evidenciando o papel estratégico da unidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sua capacidade de atender, com qualidade e resolutividade, diferentes perfis assistenciais.

Observou-se predominância da faixa etária de 13 a 59 anos, que concentrou 208 atendimentos (47,6%). Esse grupo representa a população economicamente ativa e está mais exposto a agravos agudos, traumas e descompensações clínicas, o que justifica sua maior participação entre os pacientes atendidos. Em seguida, a faixa etária de 60 a 79 anos registrou 128 atendimentos (29,3%), refletindo a elevada demanda assistencial associada à maior prevalência de doenças crônicas e ao aumento da vulnerabilidade clínica.

Os pacientes com 80 anos ou mais totalizaram 46 atendimentos (10,5%), percentual que evidencia a necessidade de cuidados mais complexos e monitoramento contínuo, em razão da frequente presença de multimorbidades, fragilidade e maior risco de complicações. Já a população de 0 a 12 anos respondeu por 55 atendimentos (12,6%), demonstrando a capacidade da unidade em prestar assistência também às demandas pediátricas em situações de urgência e emergência.

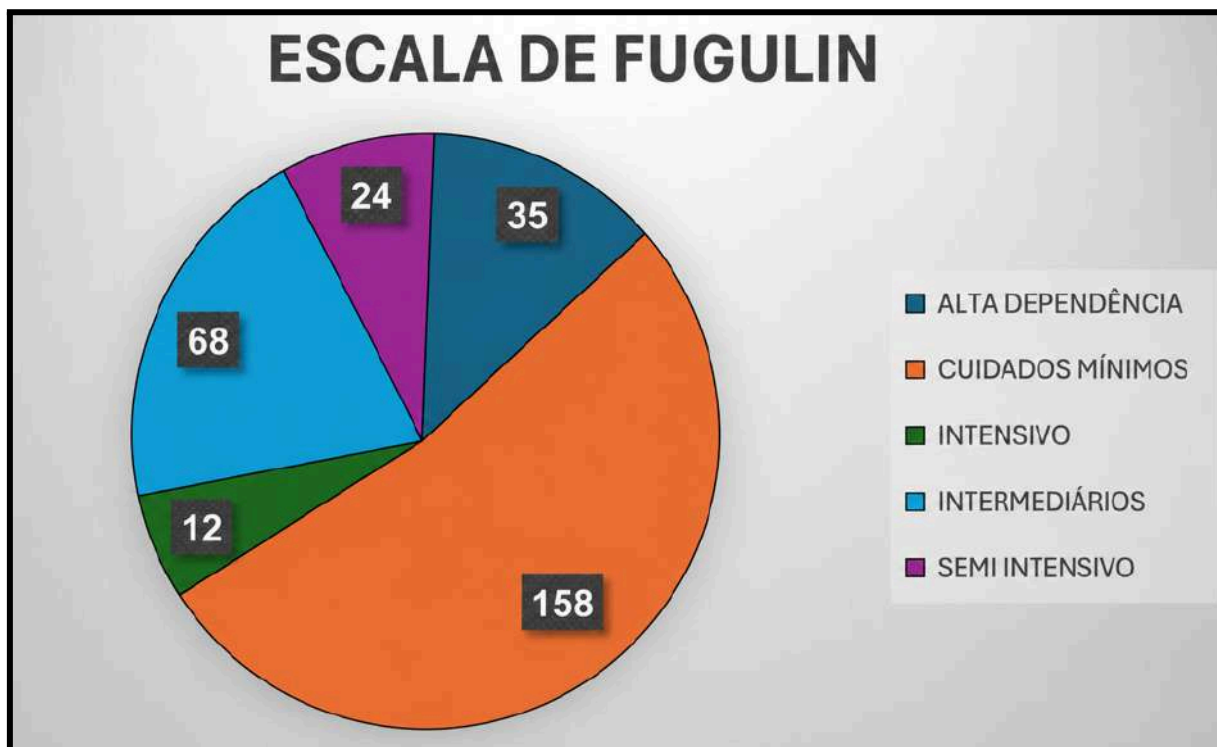
O perfil etário observado reforça o caráter abrangente da assistência prestada, contemplando todas as fases do ciclo de vida e exigindo organização dos processos de trabalho compatível com diferentes níveis de complexidade clínica. Esse cenário demanda a adoção de linhas de cuidado específicas, qualificação permanente das equipes multiprofissionais e adequada gestão de recursos humanos, insumos e tecnologias em saúde.

Sob a perspectiva da gestão, o monitoramento contínuo desse indicador é fundamental para identificar padrões de utilização dos serviços, variações sazonais e tendências assistenciais. Essas informações subsidiam o planejamento estratégico e operacional da unidade, contribuindo para o dimensionamento adequado das equipes, otimização dos fluxos assistenciais e utilização mais eficiente da capacidade instalada.

Além disso, a distribuição etária observada demonstra coerência entre o perfil epidemiológico da população atendida e a organização da assistência, favorecendo a oferta de cuidado oportuno, a continuidade da atenção e o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a integralidade, a equidade e a universalidade.

Por fim, a análise sistemática desses dados fortalece os processos de gestão clínica e administrativa, apoiando a tomada de decisão baseada em evidências e a implementação de ações voltadas à melhoria contínua da qualidade assistencial, à segurança do paciente e à sustentabilidade dos serviços de saúde.

Escala de Fugulin



Análise crítica:

No mês de maio, a classificação dos pacientes por meio da Escala de Fugulin demonstrou predominância de pacientes enquadrados na categoria de cuidados mínimos, correspondendo a 158 pacientes (53,20%) do total avaliado. Esse resultado evidencia um perfil assistencial com maior concentração de pacientes de baixa complexidade, favorecendo o planejamento das atividades assistenciais e contribuindo para a organização do fluxo de atendimento da equipe de enfermagem.

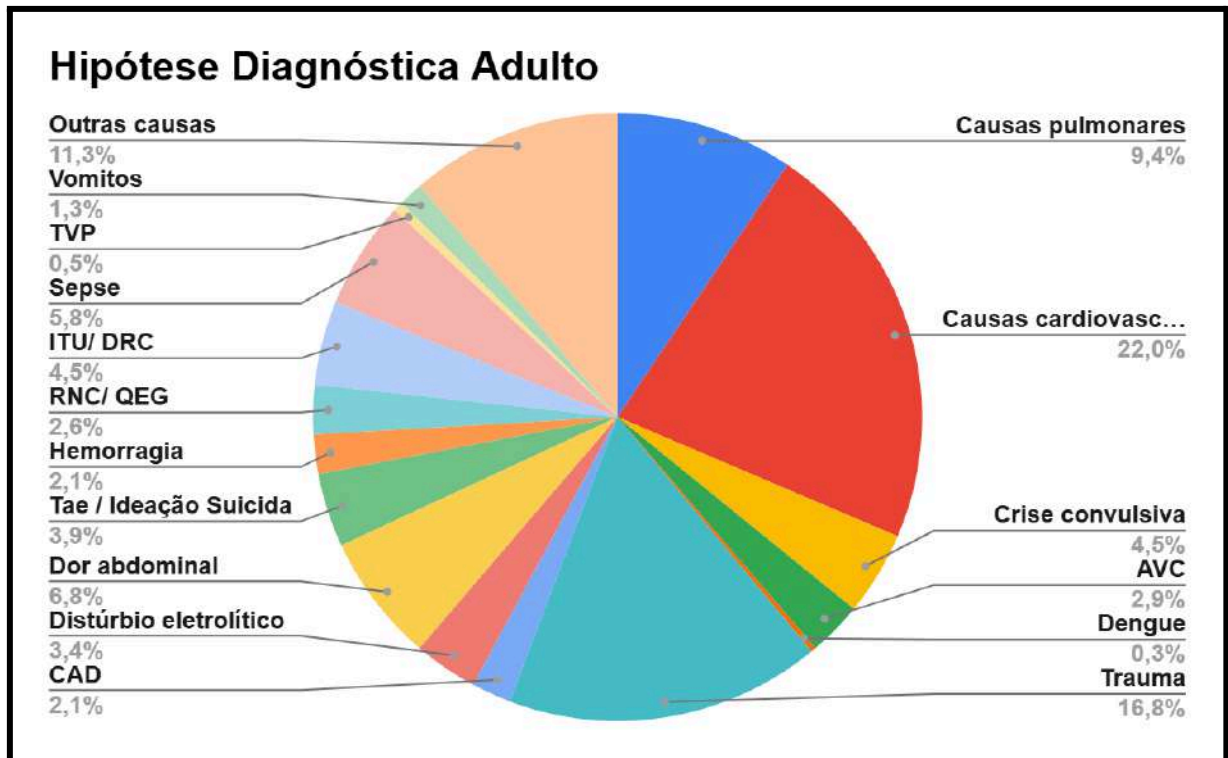
Observou-se ainda que 68 pacientes (22,90%) foram classificados como intermediários e 24 pacientes (8,08%) como semi-intensivos, representando juntos 30,98% dos pacientes avaliados. Esse percentual demonstra a necessidade de manutenção de recursos humanos adequados e de

monitoramento contínuo, considerando o maior grau de dependência desses pacientes em relação aos cuidados de enfermagem.

Os pacientes classificados como alta dependência totalizaram 35 casos (11,78%), enquanto os pacientes intensivos corresponderam a 12 casos (4,04%). Embora representem menor parcela da população assistida, esses pacientes demandam assistência mais complexa, maior tempo de cuidado por paciente e acompanhamento rigoroso, impactando diretamente na carga de trabalho da equipe.

De forma geral, o perfil assistencial do período manteve predominância de pacientes de menor complexidade, porém com presença expressiva de pacientes que requerem cuidados intermediários, semi-intensivos e de alta dependência. Esse cenário reforça a importância do adequado dimensionamento da equipe de enfermagem, da qualificação contínua dos profissionais e da manutenção de processos assistenciais seguros, garantindo atendimento compatível com as necessidades dos pacientes e promovendo qualidade na assistência prestada.

Perfil Hipótese Diagnóstica dos Adultos



Análise crítica : No mês de maio, foram registrados 382 atendimentos na população adulta, evidenciando um perfil assistencial diversificado e caracterizado pela predominância de condições agudas e potencialmente graves, que demandam atuação multiprofissional integrada, rápida tomada de decisão e aplicação sistemática de protocolos clínicos e assistenciais.

As doenças cardiovasculares representaram o principal grupo de atendimentos, com 84 casos (22,0%), refletindo a elevada demanda relacionada a situações de urgência, como dor torácica, síndromes coronarianas agudas, alterações do ritmo cardíaco e instabilidades hemodinâmicas. Em seguida, os agravos traumáticos totalizaram 64 atendimentos (16,8%), reafirmando sua relevância entre as principais causas de procura pelos serviços de urgência e emergência.

As doenças pulmonares corresponderam a 36 registros (9,4%), enquanto os quadros de dor abdominal somaram 26 atendimentos (6,8%), evidenciando a frequência de manifestações clínicas que exigem investigação diagnóstica e acompanhamento contínuo. Destacou-se ainda a ocorrência de 22 casos de sepse (5,8%), condição associada a elevado risco de deterioração clínica e que requer identificação precoce e intervenção imediata para redução da morbimortalidade.

No campo das condições neurológicas e metabólicas, foram registrados 17 casos de crises convulsivas (4,5%), 13 casos de distúrbios eletrolíticos (3,4%), 11 casos de acidente vascular cerebral (AVC) (2,9%) e 8 casos de cetoacidose diabética (2,1%), todos demandando monitoramento rigoroso e assistência especializada. Os atendimentos relacionados à infecção do trato urinário e doença renal crônica (ITU/DRC) totalizaram 17 casos (4,5%), reforçando a importância do manejo adequado das condições infecciosas e das doenças crônicas descompensadas.

Os atendimentos em saúde mental, incluindo transtornos psiquiátricos agudos e ideação suicida, somaram 15 casos (3,9%), destacando a relevância crescente desse componente na rede de urgência e emergência e a necessidade de articulação com os serviços especializados de atenção psicossocial.

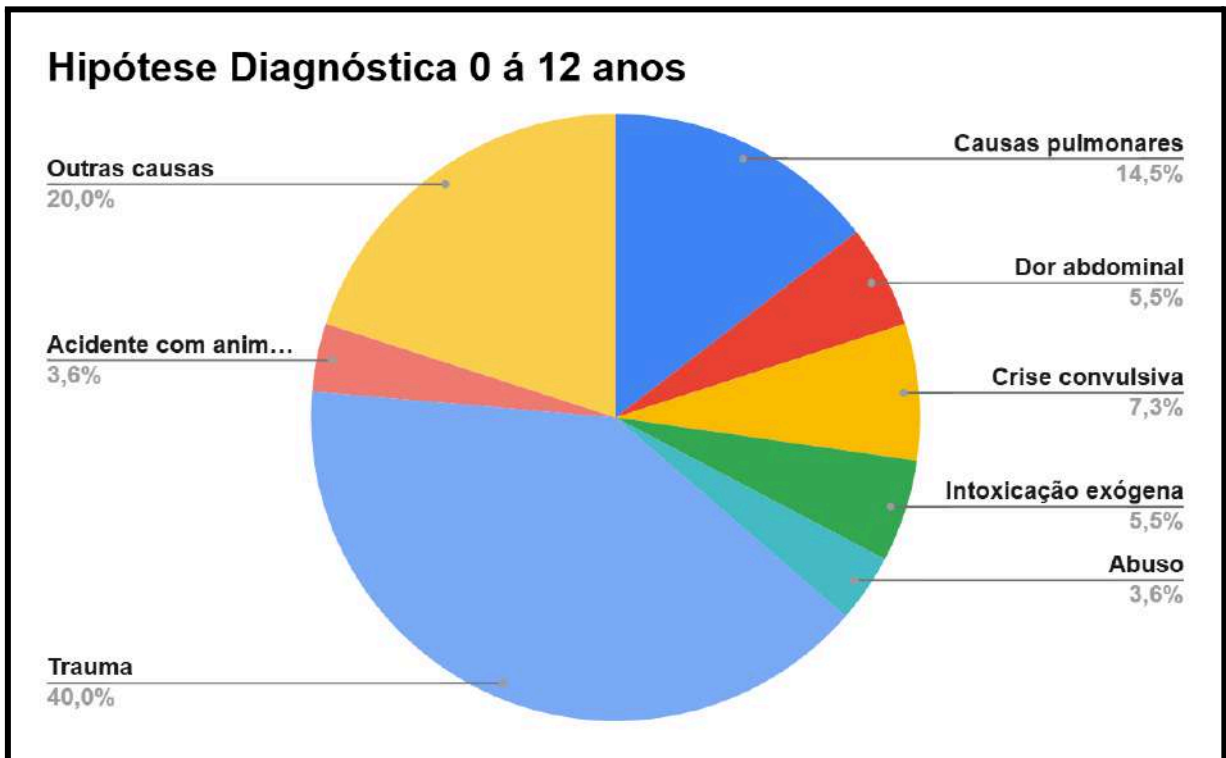
Também foram registrados 10 casos de rebaixamento do nível de consciência e queda do estado geral (2,6%), 8 casos de hemorragias (2,1%), 5 episódios de vômitos persistentes (1,3%) e 2 casos de trombose venosa profunda (0,5%). As demais condições clínicas, agrupadas na categoria "outras causas", corresponderam a 43 atendimentos (11,3%), contemplando agravos menos frequentes individualmente, porém relevantes para a composição da demanda assistencial da unidade.

Destaca-se a ausência de casos de dengue no período analisado, fato que pode refletir o comportamento epidemiológico local e a efetividade das ações de vigilância e prevenção desenvolvidas na rede de saúde.

De maneira geral, o perfil observado demonstra predominância de condições cardiovasculares e traumáticas, associadas a agravos infecciosos, metabólicos, neurológicos e psiquiátricos, evidenciando a complexidade da assistência prestada e a necessidade de manutenção de equipes qualificadas, protocolos assistenciais bem definidos e recursos adequados para resposta rápida às situações críticas.

Sob a perspectiva gerencial, o monitoramento contínuo desses indicadores constitui ferramenta estratégica para o planejamento e organização dos serviços, subsidiando o dimensionamento adequado das equipes, a gestão de leitos, a alocação de insumos e o fortalecimento da capacidade operacional da unidade. Além disso, os dados reforçam a importância da integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente com a Atenção Primária à Saúde, favorecendo a continuidade do cuidado, a coordenação das ações assistenciais e a utilização mais eficiente dos recursos disponíveis.

Perfil Hipótese Diagnóstica da Pediatria



Análise crítica : No período analisado, foram realizados 55 atendimentos na população pediátrica, evidenciando a capacidade da unidade em responder de forma resolutiva às demandas de urgência e emergência que acometem crianças e adolescentes. O perfil assistencial observado demonstra a diversidade dos agravos atendidos e reforça a importância da unidade como componente estratégico da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo acesso oportuno, acolhimento qualificado e suporte clínico adequado diante de situações de diferentes níveis de complexidade.

Os agravos traumáticos constituíram a principal causa de atendimento, com 22 registros (40,0%), representando parcela expressiva da demanda pediátrica no período. Esse resultado evidencia a elevada vulnerabilidade da população infantil a acidentes e lesões, especialmente no ambiente domiciliar, escolar e recreativo,

reforçando a relevância de ações intersetoriais voltadas à prevenção de acidentes e promoção da segurança infantil. Além disso, destaca o papel fundamental da unidade na avaliação inicial, estabilização clínica e definição da conduta adequada para esses pacientes.

As doenças pulmonares corresponderam a 8 atendimentos (14,5%), configurando o segundo grupo de maior frequência. Esse achado reflete a importância das condições respiratórias agudas no perfil epidemiológico pediátrico, especialmente em períodos de maior circulação de vírus respiratórios, exigindo capacidade assistencial para avaliação rápida, monitoramento clínico e intervenção precoce quando necessária.

As crises convulsivas totalizaram 4 casos (7,3%), representando agravos de potencial gravidade que demandam abordagem imediata, monitorização contínua e investigação diagnóstica criteriosa. Os quadros de dor abdominal e os episódios de intoxicação exógena registraram, individualmente, 3 atendimentos (5,5%), demonstrando a diversidade das condições clínicas observadas nessa faixa etária e a necessidade de uma estrutura assistencial preparada para o manejo de diferentes apresentações clínicas.

Também foram identificados 2 casos de acidentes com animais peçonhentos (3,6%), situações que requerem reconhecimento precoce, avaliação do risco de envenenamento e adoção imediata das medidas terapêuticas recomendadas, visando reduzir complicações e garantir melhores desfechos clínicos.

As demais condições, agrupadas na categoria "Outras Causas", corresponderam a 11 atendimentos (20,0%), englobando agravos de menor frequência individual, porém relevantes para a composição da demanda assistencial. A representatividade desse grupo evidencia a amplitude do espectro clínico atendido pela unidade e reforça a necessidade de equipes capacitadas para responder a diferentes situações de urgência pediátrica.

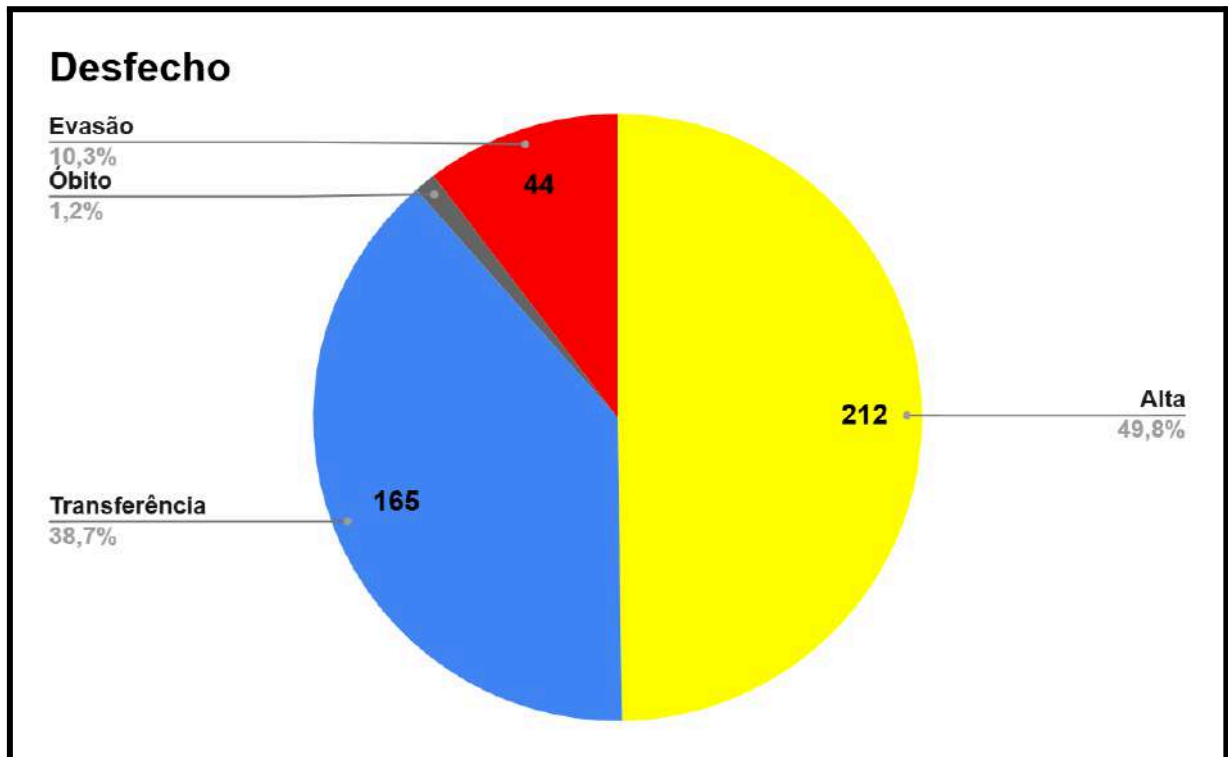
Cabe destacar a ausência de registros relacionados a situações de abuso ou violência infantil durante o período analisado. Embora esse dado possa refletir uma baixa ocorrência desses eventos entre os pacientes atendidos, reforça-se a importância da vigilância permanente por parte das equipes assistenciais, considerando a relevância epidemiológica e social desses agravos e a necessidade de identificação precoce de possíveis situações de vulnerabilidade.

A análise do perfil assistencial pediátrico demonstra predominância de agravos traumáticos e respiratórios, acompanhados por condições neurológicas, tóxicas e clínicas diversas, evidenciando a complexidade inerente ao atendimento infantil e a necessidade de respostas rápidas, seguras e baseadas em protocolos assistenciais atualizados. O cenário observado reafirma a importância da manutenção de competências técnicas específicas para o cuidado pediátrico, garantindo assistência qualificada desde a admissão até a definição do desfecho clínico mais adequado.

Sob a perspectiva da gestão, o monitoramento sistemático desses indicadores constitui ferramenta essencial para o planejamento estratégico e operacional da unidade. A compreensão do perfil epidemiológico dos atendimentos subsidia o dimensionamento adequado das equipes, a qualificação permanente dos profissionais, a organização dos fluxos assistenciais e a provisão de insumos e equipamentos compatíveis com as demandas observadas. Adicionalmente, essas informações apoiam a construção de estratégias voltadas à prevenção de agravos, ao fortalecimento das ações de educação em saúde e à integração efetiva com a Atenção Primária à Saúde e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Por fim, os resultados evidenciam que a unidade mantém papel relevante na assistência pediátrica de urgência e emergência, contribuindo para a oferta de cuidado integral, oportuno e seguro, alinhado aos princípios da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da integralidade do cuidado preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Desfecho dos Pacientes Admitidos



Análise crítica : No período analisado, a unidade realizou 437 atendimentos, apresentando desfechos assistenciais distribuídos entre 212 altas médicas (48,5%), 165 transferências para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (37,8%), 44 evasões (10,1%) e 5 óbitos (1,1%). A análise desses indicadores permite avaliar não apenas a capacidade resolutiva do serviço, mas também a efetividade dos processos assistenciais, a integração com a rede de saúde e a qualidade do cuidado ofertado aos usuários.

As altas médicas constituíram o principal desfecho registrado, correspondendo a quase metade dos atendimentos realizados. Esse resultado evidencia a capacidade da unidade em promover avaliação clínica qualificada, manejo adequado dos agravos e estabilização dos pacientes em tempo oportuno, possibilitando a resolução de parcela significativa das demandas sem necessidade de encaminhamento para níveis assistenciais de maior complexidade. Sob essa perspectiva, o indicador reflete a efetividade dos

protocolos assistenciais adotados, a competência técnica das equipes multiprofissionais e o adequado aproveitamento da estrutura disponível para atendimento às urgências e emergências de baixa e média complexidade.

As transferências representaram o segundo desfecho mais frequente, totalizando 165 casos (37,8%). Longe de representar apenas movimentação de pacientes entre serviços, esse resultado demonstra a importância da unidade como elo estratégico na Rede de Atenção à Saúde, atuando na identificação precoce, estabilização clínica e encaminhamento seguro de pacientes que demandam recursos diagnósticos, terapêuticos ou assistenciais não disponíveis localmente. O percentual observado reforça a efetividade dos mecanismos de regulação e a adequada articulação entre os diferentes níveis de atenção, garantindo continuidade do cuidado e maior segurança assistencial.

Foram registradas 44 evasões (10,1%), indicador que merece atenção especial sob a ótica da qualidade e da experiência do usuário. Embora fatores diversos possam influenciar esse desfecho, incluindo percepção subjetiva de melhora clínica, expectativas em relação ao atendimento e aspectos sociais ou comportamentais, sua magnitude evidencia a necessidade de monitoramento contínuo e desenvolvimento de estratégias voltadas à qualificação do acolhimento, fortalecimento da comunicação entre equipe e pacientes, otimização dos fluxos internos e redução dos tempos de espera. A compreensão dos fatores associados às evasões representa importante oportunidade para aprimoramento dos processos assistenciais e fortalecimento da adesão ao cuidado.

Os óbitos corresponderam a 5 ocorrências (1,1%), percentual compatível com o perfil clínico dos pacientes atendidos e com a complexidade dos agravos observados no período. Ainda que numericamente reduzido, esse indicador demanda análise criteriosa e permanente, considerando sua relevância para a gestão da qualidade e da segurança assistencial. Nesse contexto, destacam-se a importância da identificação precoce dos pacientes de maior risco, da aplicação

rigorosa de protocolos clínicos, da vigilância contínua e da atuação integrada das equipes multiprofissionais como elementos fundamentais para a obtenção dos melhores desfechos possíveis.

A distribuição dos desfechos observada demonstra equilíbrio entre capacidade resolutive e adequada articulação com a rede assistencial, evidenciando que a unidade desempenha papel fundamental tanto na resolução dos casos passíveis de manejo local quanto na estabilização e encaminhamento dos pacientes que necessitam de recursos especializados. Esse cenário reforça sua relevância como componente estratégico da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a organização dos fluxos assistenciais e para a utilização racional dos recursos disponíveis.

Sob a perspectiva gerencial, o monitoramento sistemático desses indicadores constitui ferramenta indispensável para a avaliação do desempenho institucional. A análise contínua dos desfechos permite identificar tendências, reconhecer oportunidades de melhoria, antecipar necessidades operacionais e subsidiar processos de tomada de decisão baseados em evidências. Além disso, fornece suporte para o planejamento de recursos humanos, gestão da capacidade instalada, qualificação dos processos assistenciais e fortalecimento das ações de governança clínica.

Os resultados observados demonstram que a unidade mantém elevado grau de efetividade assistencial, associado à adequada integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. O predomínio de altas médicas e transferências reguladas, aliado à baixa taxa de óbitos, evidencia a capacidade do serviço em ofertar cuidado oportuno, seguro e resolutivo, alinhado aos princípios da integralidade, da equidade e da universalidade que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fim, a análise desses desfechos transcende a simples mensuração de indicadores operacionais, constituindo importante instrumento para avaliação da qualidade da assistência prestada. Seu acompanhamento contínuo fortalece a

cultura de melhoria permanente, orienta intervenções estratégicas e contribui para a consolidação de um modelo assistencial cada vez mais eficiente, seguro, humanizado e centrado nas necessidades da população atendida.

Tempo de Permanência	
Máximo	180:19:00
Médio	16:45:00
Minímo	00:33:00

Análise crítica: No período analisado, o tempo de permanência dos pacientes na unidade variou de 33 minutos a 180 horas e 19 minutos, com média de 16 horas e 45 minutos. A amplitude observada reflete a diversidade do perfil clínico dos pacientes atendidos e a complexidade dos processos assistenciais desenvolvidos, que abrangem desde casos de rápida resolução até situações que demandam acompanhamento prolongado e articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

O tempo médio registrado demonstra que a unidade possui capacidade assistencial adequada para realizar avaliação clínica, investigação diagnóstica, monitoramento, tratamento inicial e estabilização dos pacientes, assegurando a definição do desfecho mais apropriado para cada caso. Esse resultado evidencia a efetividade dos fluxos internos, a atuação integrada das equipes multiprofissionais e a organização dos processos de cuidado, fatores essenciais para a manutenção da qualidade e da segurança assistencial.

A significativa variação entre os tempos mínimo e máximo de permanência evidencia a coexistência de diferentes níveis de complexidade entre os pacientes atendidos. Enquanto uma parcela dos usuários apresenta condições passíveis de resolução em curto espaço de tempo, outros necessitam de observação prolongada, suporte terapêutico contínuo ou permanência estendida em decorrência da gravidade clínica e da necessidade de transferência para serviços especializados. Esse comportamento é compatível com o papel da unidade como importante porta de entrada para a assistência às urgências e emergências, atuando tanto na resolução de casos quanto na estabilização e encaminhamento seguro dos pacientes.

Os casos de permanência prolongada merecem atenção especial, uma vez que podem estar relacionados a fatores assistenciais e sistêmicos, como a complexidade clínica dos pacientes, a necessidade de monitoramento contínuo e os desafios inerentes aos processos de regulação e disponibilidade de leitos na rede hospitalar de referência. Tais situações impactam diretamente a rotatividade dos leitos, a capacidade operacional da unidade e a dinâmica de atendimento, exigindo monitoramento constante e estratégias voltadas à otimização dos fluxos assistenciais.

Sob a perspectiva gerencial, o tempo de permanência constitui um indicador estratégico para avaliação da eficiência operacional e da capacidade de resposta do serviço. Seu acompanhamento sistemático permite identificar gargalos assistenciais, monitorar o desempenho dos processos de regulação, avaliar a utilização da capacidade instalada e subsidiar o planejamento de recursos humanos, infraestrutura e insumos. Além disso, possibilita a implementação de ações direcionadas à melhoria contínua dos processos de trabalho e à qualificação da assistência prestada.

A análise dos resultados reforça, ainda, a importância do fortalecimento da integração entre a unidade e os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde, especialmente no que se refere à regulação de leitos e à continuidade do

cuidado. A maior agilidade nos processos de encaminhamento contribui para a redução das permanências prolongadas, melhora a rotatividade dos leitos e amplia a capacidade de atendimento da unidade, favorecendo maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis.

Dessa forma, o monitoramento contínuo do tempo de permanência configura-se como ferramenta essencial para a gestão assistencial e operacional, permitindo avaliar o desempenho institucional, orientar a tomada de decisão e promover melhorias voltadas à qualidade do cuidado, à segurança do paciente e à sustentabilidade dos serviços de saúde. Os resultados observados demonstram que a unidade mantém capacidade adequada para atender às demandas assistenciais apresentadas, ao mesmo tempo em que evidenciam oportunidades de aprimoramento relacionadas à gestão dos fluxos e à articulação com a rede de atenção.

Pacientes Regulados via SIRESP

Análise crítica: A partir de 05 de janeiro de 2026, a unidade passou a realizar a regulação de 100% dos pacientes por meio do sistema SIRESP, promovendo avanços relevantes na organização do processo assistencial, na segurança do paciente e na integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A implementação integral do sistema resultou em melhorias operacionais e gerenciais, com destaque para a padronização das informações clínicas e administrativas, conferindo maior consistência às solicitações e ampliando a fluidez no processo de regulação. Esse avanço contribuiu para a redução da variabilidade nas comunicações entre os pontos da rede, fortalecendo a qualidade e a rastreabilidade das informações utilizadas na tomada de decisão.

Observou-se também maior agilidade na solicitação e obtenção de vagas, com impacto positivo na redução do tempo de resposta regulatória, especialmente em situações de maior gravidade clínica. Esse desempenho é particularmente relevante em condições tempo-dependentes, nas quais a oportunidade da transferência influencia diretamente o desfecho assistencial.

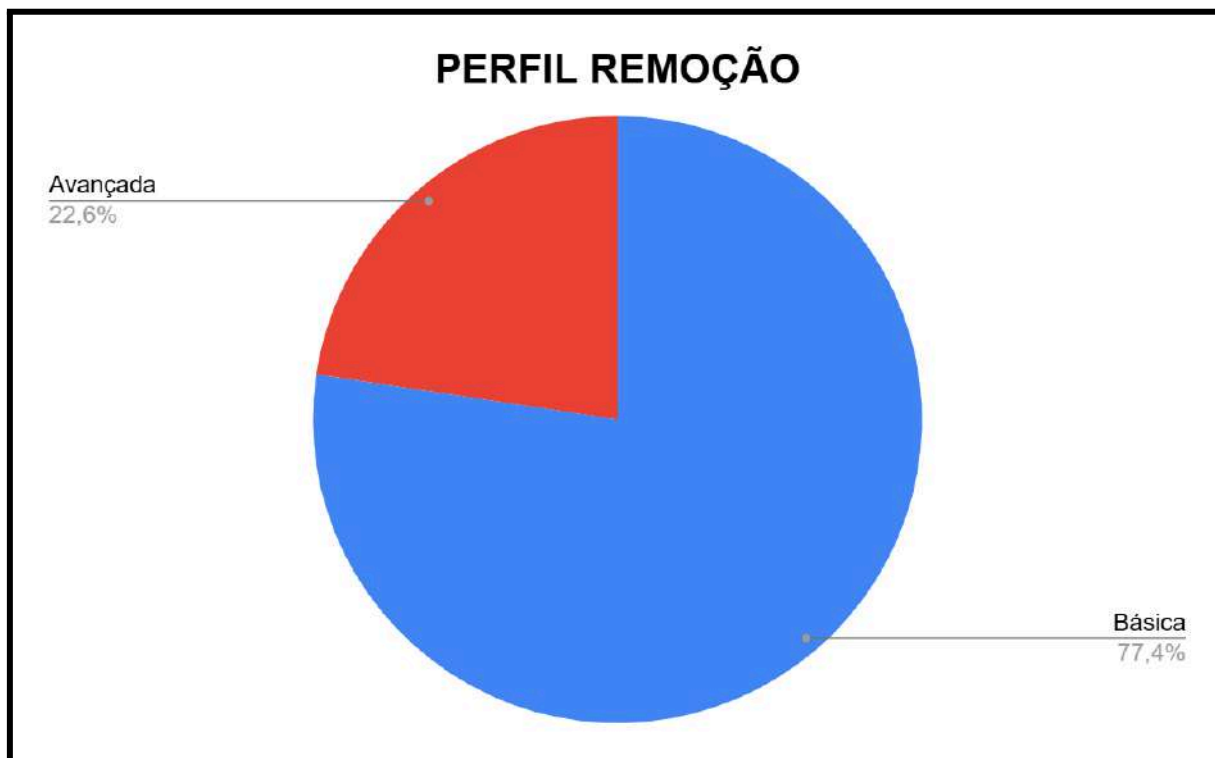
Outro ganho importante refere-se ao aumento da efetividade das transferências, com redução de recusas relacionadas a inconsistências de informações clínicas e falhas documentais. Esse resultado indica maior qualificação do processo de envio das solicitações e melhor alinhamento entre os serviços da rede, reduzindo retrabalho e otimizando o fluxo assistencial.

A utilização plena do SIRESP também reforçou a segurança assistencial em casos críticos, como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e sepse, ao possibilitar maior agilidade na regulação e melhor organização das informações clínicas. Dessa forma, contribui para a redução de atrasos evitáveis e para a qualificação do cuidado em situações de alta complexidade.

Sob a perspectiva da gestão, a adoção integral do sistema fortalece a governança da regulação, amplia a integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde e qualifica o monitoramento de indicadores assistenciais e operacionais. Além disso, favorece maior eficiência no uso dos recursos disponíveis, melhora a previsibilidade dos fluxos e apoia o planejamento assistencial.

Como resultado, consolida-se um modelo de regulação mais estruturado, ágil e seguro, centrado nas necessidades do paciente e alinhado aos princípios de integralidade, eficiência e coordenação do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Monitoramento da Remoção Realizada na Unidade



Análise Crítica: No mês de maio, foram realizadas 168 remoções de pacientes pela unidade, das quais 130 (77,38) ocorreram por meio de transporte de suporte básico e 38 (22,7%) por suporte avançado. Essa distribuição demonstra a correta adequação do recurso de transporte às condições clínicas e ao nível de complexidade de cada paciente, em conformidade com os protocolos assistenciais e regulatórios estabelecidos.

O tempo médio decorrido entre a solicitação e a chegada das equipes responsáveis pelo transporte permaneceu dentro dos parâmetros previstos, apresentando resultados ainda mais favoráveis nos casos regulados previamente. Também foi identificada uma redução progressiva no intervalo entre a solicitação e a realização efetiva das transferências ao longo do período analisado, refletindo avanços na integração e na comunicação entre a unidade, a central de regulação e os serviços de referência.

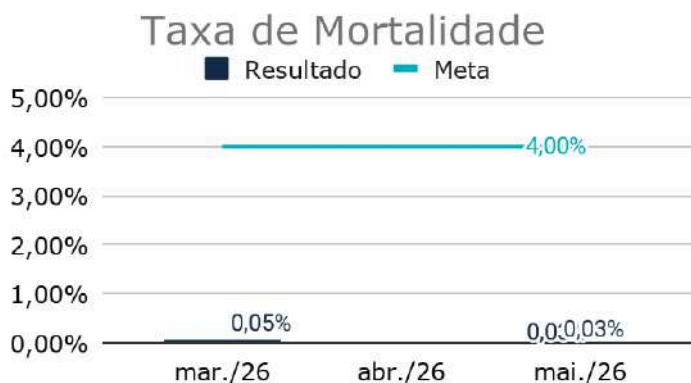
Os indicadores de efetividade das remoções mantiveram-se positivos, com a maioria das transferências sendo viabilizada já na primeira solicitação.

Observou-se, ainda, compatibilidade entre a condição clínica dos pacientes e a modalidade de transporte empregada, garantindo maior segurança durante todo o processo de deslocamento. Não foram registradas ocorrências significativas ou eventos adversos relacionados às remoções, evidenciando a qualidade do planejamento operacional e da execução das atividades.

Cabe ressaltar a capacidade da unidade em prestar assistência a pacientes com maior nível de dependência, incluindo indivíduos acamados, em uso de oxigenoterapia ou que demandam procedimentos específicos e urgentes, como a troca de sondas nasoenterais. Tal desempenho reforça a importância estratégica do serviço no atendimento de casos de maior complexidade e na integração com a rede de atenção domiciliar e instituições de longa permanência.

De maneira geral, os resultados alcançados demonstram elevado grau de organização dos processos de remoção, eficiência operacional, segurança assistencial e articulação efetiva com a Rede de Atenção à Saúde, assegurando respostas oportunas, qualificadas e compatíveis com as necessidades de transporte e transferência dos pacientes.

5.1.3 Taxa de Mortalidade < de 24H



Análise crítica: No período avaliado, foram registrados cinco (5) óbitos na unidade, sendo um (1) com tempo de permanência superior a 24 horas e quatro (4) com permanência inferior a esse intervalo. Todos os casos passaram por análise da equipe técnica e foram classificados como não evitáveis, de acordo com os critérios institucionais e avaliação clínica individualizada.

A taxa de mortalidade entre pacientes com permanência superior a 24 horas foi de 0,03%, mantendo-se muito abaixo da meta institucional de 4%. Esse resultado reflete a efetividade da assistência prestada, com adequada adesão aos protocolos e atuação oportuna da equipe frente às demandas clínicas.

Ressalta-se que a unidade realiza acompanhamento sistemático dos indicadores assistenciais, aliado à revisão contínua dos fluxos e do processo de classificação de risco, garantindo agilidade na avaliação inicial, intervenções no tempo adequado e monitoramento contínuo dos pacientes.

Dessa forma, reafirma-se o compromisso institucional com a segurança do paciente, a qualidade da assistência e o aprimoramento constante dos processos no contexto da urgência e emergência.

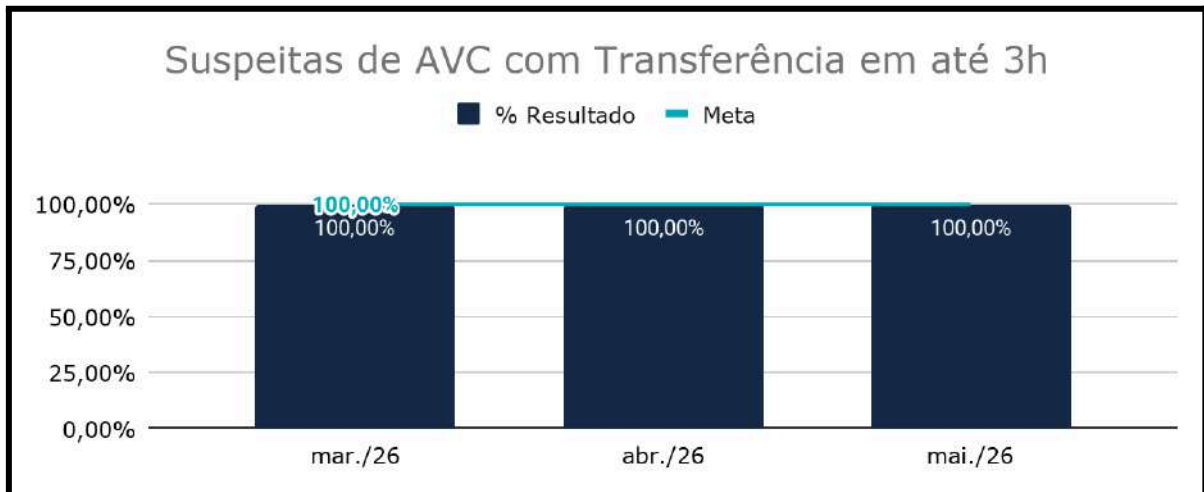
Apresenta-se, a seguir, um breve relato dos óbitos ocorridos:

- 1. Paciente M.A.M., 44 anos, sexo masculino, FA 77077**, deu entrada na unidade dia 13/05/2026, trazido pelo filho de meios próprios, às 19:54, a qual relatou que o mesmo iniciou com dispneia súbita e dor torácica em aperto de forte intensidade em domicílio. Entrou pela sala de emergência já com rebaixamento do nível de consciência, dispnéia e irresponsivo; com cianose central e pulsos inaudíveis. Não resistindo às medidas de RCP e indo a óbito no dia 13/05/2026.
- 2. Paciente M.A.S., 60 anos, sexo masculino, FA 94492**, deu entrada na unidade de meios próprios, no dia 11/05/2026 às 15:14, com quadro de dor abdominal, dispneia de início súbito e desconforto torácico; com uso de musculatura acessória. Iniciado suporte clínico, medidas para broncoespasmo e iniciado protocolo de dor torácica. Porém o paciente deteriorou clinicamente após pouco minutos, não resistindo às medidas de RCP e indo a óbito no dia 11/05/2026.
- 3. Paciente M.S.Y., 40 anos, sexo masculino, FA 1312724**, deu entrada na unidade dia 15/05/2026 às 18:22, via SAMU, devido quadro de dor em membros inferiores e edema. Paciente ficou de observação após atendimento médico. Porém mesmo evadiu da unidade por volta das 20:00 e retornou no dia 16/05/2026 novamente pelo SAMU já com piora clínica do quadro. Paciente deu entrada com hipotensão, cianose central e dispnéia, seguido de PCR. Não resistindo às medidas de RCP e indo a óbito no dia 16/05/2026.

4. Paciente J.M.P., 77 anos, sexo masculino, FA 1189764, deu entrada na unidade dia 22/05/2026 às 12:29, via SAMU, com quadro de hipoglicemia severa, rebaixamento do nível de consciência e cianose central. Iniciado suporte clínico, após abertura do protocolo de sepse. Paciente aguardando vaga para transferência, porém pela manhã do dia 23/05/2026 houve deterioração do quadro clínico não resistindo às medidas e indo a óbito.

5. Paciente G.B.S., 94 anos, sexo feminino, FA 26424, deu entrada na unidade dia 27/05/2026 às 14:13, com rebaixamento do nível de consciência, hipotensão, desidratação e caquexia importante. Paciente em cuidados proporcionais, iniciado medidas clínica e suporte, após abertura do protocolo de sepse, de foco pulmonar e urinário. Paciente ficou em observação com aguardo de vaga para referência, porém deteriorou clinicamente no dia 29/05/2026 e indo a óbito.

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



Análise crítica: No período avaliado, foram registrados 13 (treze) aberturas de protocolo institucional de Acidente Vascular Cerebral (AVC), evidenciando a manutenção da vigilância clínica e da capacidade de identificação de pacientes com suspeita de evento neurológico agudo. Entre os casos notificados, 5 (cinco) pacientes apresentavam critérios temporais compatíveis com a janela terapêutica para tratamento reperfusional, possibilitando o encaminhamento célere e adequado conforme os fluxos assistenciais preconizados.

Dos demais casos avaliados fora da janela terapêutica, 2 (dois) necessitaram de encaminhamento para serviços especializados, garantindo continuidade da investigação diagnóstica e seguimento clínico apropriado. Os demais foram excluídos após avaliação médica e neurológica criteriosa, sem evidências que sustentassem a manutenção do protocolo, permitindo alta com segurança e adequada orientação assistencial.

Observou-se desempenho satisfatório no tempo-resposta institucional, com média de 1 (uma) hora e 10 (dez) minutos entre a identificação dos sintomas e a transferência dos pacientes elegíveis para terapia trombolítica, indicador que

demonstra efetividade na articulação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento.

Os resultados reforçam a aderência da equipe aos protocolos assistenciais vigentes, destacando a capacidade de reconhecimento precoce dos sinais neurológicos, a rápida mobilização dos recursos necessários e a condução estruturada dos casos suspeitos. Tal cenário contribui diretamente para a redução de atrasos terapêuticos e para a otimização dos desfechos clínicos.

Adicionalmente, a elevada sensibilidade na abertura dos protocolos reflete uma postura assistencial alinhada aos princípios de segurança do paciente, priorizando a investigação adequada diante de quadros potencialmente tempo-dependentes e minimizando riscos relacionados à subnotificação ou ao atraso diagnóstico.

De maneira geral, os indicadores analisados demonstram consistência na operacionalização da linha de cuidado do AVC, evidenciando integração entre as equipes, conformidade com os fluxos institucionais e capacidade de resposta compatível com os padrões de qualidade assistencial esperados para o atendimento das emergências neurológicas.

Segue abaixo um breve relato dos casos ocorridos:

1. **Paciente P.A.C, 81 anos, sexo feminino, FA nº 234945**, deu entrada na unidade por meios próprios no dia 08/05/2026 às 19:38, trazida por familiares. Apresenta quadro de disartria, diminuição da força global e desvio de rima labial, com início dos sintomas às 11:30, totalizando aproximadamente 8 horas de evolução no momento da admissão. Diante do quadro clínico sugestivo de evento neurológico agudo, a paciente foi prontamente incluída no protocolo de (AVC), sendo conduzida conforme fluxos assistenciais estabelecidos na unidade. Por se tratar de quadro com tempo de evolução superior à janela terapêutica preconizada para trombólise (“AVC fora de delta”), foram realizadas medidas de

estabilização clínica e condução diagnóstica, seguida de encaminhamento para hospital de referência para continuidade do acompanhamento especializado. A paciente foi transferida com tempo total de 19 horas e 28 minutos desde o início dos sintomas.

2. **Paciente I.M.F, 65 anos, sexo feminino, FA nº 237001**, deu entrada na unidade por meios próprios no dia 14/05/2026 às 06:34, trazida por familiares. Apresentava quadro de disartria, desvio de rima labial e hemiparesia faciobraquiocrural esquerda, com início dos sintomas há aproximadamente 3 horas antes da admissão. Segundo a acompanhante, a paciente encontrava-se bem ao levantar-se para ir ao banheiro, evoluindo subitamente com fala embolada e limitação de movimentos.

Durante avaliação clínica, observou-se assimetria facial, desvio de rima à esquerda e hemiparesia faciobraquiocrural esquerda, associada à queixa de cefaleia holocraniana de leve intensidade. Negava trauma, quedas, convulsões ou febre.

Diante do quadro clínico sugestivo de evento neurológico agudo e presença de Cincinnati positivo, foi realizada abertura imediata do protocolo de Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo a paciente conduzida conforme fluxos assistenciais estabelecidos na unidade.

Após estabilização clínica inicial e condução diagnóstica, a paciente foi encaminhada para hospital de referência para continuidade do acompanhamento especializado, com tempo total de transferência de 2 horas e 50 minutos desde o início dos sintomas.

3. **Paciente E.M.N, 47 anos, sexo feminino, FA nº 238874**, deu entrada na unidade por meios próprios no dia 18/05/2026 às 16:23, trazida por familiares. Apresentava quadro neurológico agudo caracterizado por disartria e desvio de rima labial, com início dos sintomas há aproximadamente 40 minutos antes da admissão. Segundo relato do acompanhante, a paciente evoluiu com episódio de queda da própria altura associado ao início do déficit neurológico.

Durante avaliação clínica inicial, observou-se redução de força muscular em membros superiores e inferiores, além de sinais neurológicos focais compatíveis com evento cerebrovascular agudo.

Diante do quadro clínico sugestivo de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e presença de critérios positivos na escala de Cincinnati, foi realizada abertura imediata do protocolo institucional de AVC, com condução conforme fluxos assistenciais estabelecidos na unidade.

Após estabilização clínica inicial, monitorização e condução diagnóstica, a paciente foi encaminhada para hospital de referência para seguimento especializado, apresentando tempo total de transferência de 2 horas e 55 minutos desde o início dos sintomas.

4. **Paciente M.L.S, 64 anos, sexo feminino, FA nº 241412**, Paciente deu entrada na unidade por meios próprios no dia 24/05/2026 às 08:10, trazida por familiares, apresentando rebaixamento do nível de consciência, associado a afasia, desvio de rima labial à esquerda e diminuição de força em hemicorpo esquerdo, com início dos sintomas às 07:30.

Durante avaliação clínica inicial, observou-se quadro neurológico focal compatível com evento cerebrovascular agudo, evidenciando déficit motor e alteração importante da linguagem.

Diante do quadro clínico sugestivo de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e presença de critérios positivos na escala de Cincinnati, foi realizada abertura imediata do protocolo institucional de AVC, com condução conforme fluxos assistenciais estabelecidos na unidade.

Após estabilização clínica inicial, monitorização contínua e condução diagnóstica, a paciente foi encaminhada para hospital de referência para seguimento especializado, apresentando tempo total de transferência de 1 hora e 49 minutos desde o início dos sintomas

5. **Paciente E.P.A.A, 63 anos, sexo feminino, FA nº 236395**, Paciente deu entrada na unidade por meios próprios no dia 12/05/2026 às 15:50, trazida por familiares, referindo nalgia há 2 dias, associada a parestesia em

hemiface esquerda e alteração visual em olho esquerdo, com início dos sintomas neurológicos entre 10h00 e 10h40 do dia do atendimento.

Durante avaliação clínica inicial, observou-se quadro neurológico focal sugestivo de evento cerebrovascular agudo, compatível com comprometimento neurológico em evolução.

Diante do quadro clínico sugestivo de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e presença de critérios positivos na escala de Cincinnati, foi realizada abertura imediata do protocolo institucional de AVC, com condução conforme fluxos assistenciais estabelecidos na unidade. Por se tratar de quadro com tempo de evolução superior à janela terapêutica preconizada para trombólise ("AVC fora de delta")

Após estabilização clínica inicial, monitorização contínua e condução diagnóstica, a paciente foi encaminhada para hospital de referência para seguimento especializado, apresentando tempo total de transferência de 5 horas e 50 minutos desde o início dos sintomas.

6. **Paciente E.L.L, 51 anos, sexo masculino, FA nº 244063**, deu entrada na unidade por meios próprios no dia 29/05/2026 às 12:05, trazida por conhecido, encontrado caído no chão. Apresentando rebaixamento de nível de consciência associado a hemiparesia esquerda faciobraucural com início a 15 minutos.

Durante avaliação clínica, observou-se assimetria facial, desvio de rima à esquerda e hemiparesia faciobraucural esquerda.

Diante do quadro clínico sugestivo de evento neurológico agudo e presença de Cincinnati positivo, foi realizada abertura imediata do protocolo de Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo a paciente conduzida conforme fluxos assistenciais estabelecidos na unidade.

Após estabilização clínica inicial e condução diagnóstica, a paciente foi encaminhada para hospital de referência para continuidade do acompanhamento especializado, com tempo total de transferência de 1 hora e 10 minutos desde o início dos sintomas.

7. **Paciente I.C.J, 57 anos, sexo Feminino, FA nº 244501**, Paciente deu entrada na unidade por meios próprios no dia 30/05/2026 às 12:57, trazida por familiares. Segundo informações obtidas durante a admissão, há aproximadamente 2 horas apresentou piora aguda dos déficits neurológicos prévios, caracterizada por redução adicional da força em dimídio direito e intensificação da disartria.

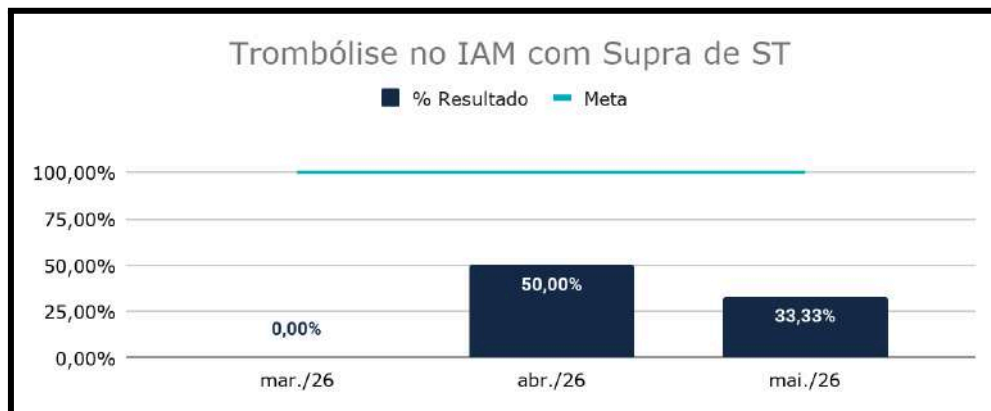
Possuía antecedente de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico há aproximadamente 10 anos, evoluindo desde então com hemiparesia em dimídio direito e disartria residual como sequelas neurológicas permanentes.

Durante avaliação clínica, observou-se agravamento dos déficits neurológicos previamente estabelecidos, com piora da hemiparesia direita e da alteração da fala, configurando quadro compatível com evento neurológico agudo sobreposto a sequelas de AVC prévio.

Diante da suspeita de novo evento cerebrovascular e da presença de sinais neurológicos focais em progressão, foi realizada abertura imediata do protocolo institucional de Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo a paciente conduzida conforme fluxos assistenciais estabelecidos na unidade.

Após estabilização clínica inicial e condução diagnóstica, a paciente foi encaminhada para hospital de referência para continuidade do acompanhamento especializado, com tempo total de transferência de 2 horas e 58 minutos desde o início dos sintomas.

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



Análise crítica: Durante o mês de maio de 2026, os indicadores da linha de cuidado cardiovascular mantiveram comportamento compatível com a série histórica da unidade, demonstrando estabilidade operacional e consistência na aplicação dos fluxos assistenciais estabelecidos. No período, foram registradas 170 (cento e setenta) ativações de Rota 3, 78 (setenta e oito) ativações de Rota 2 e 03 (três) ativações de Rota 1, evidenciando predominância de casos de menor complexidade clínica, sem alterações significativas no perfil assistencial observado nos meses anteriores.

Entre os pacientes inseridos na linha de cuidado, foram identificados 03 (três) casos de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCSST), condição tempo-dependente que demanda rápida definição terapêutica e acesso oportuno à reperfusão miocárdica. Desses pacientes, 02 (dois) foram regulados e transferidos imediatamente para serviço de referência com capacidade para realização de cateterismo cardíaco, conforme preconizado pelas diretrizes assistenciais vigentes.

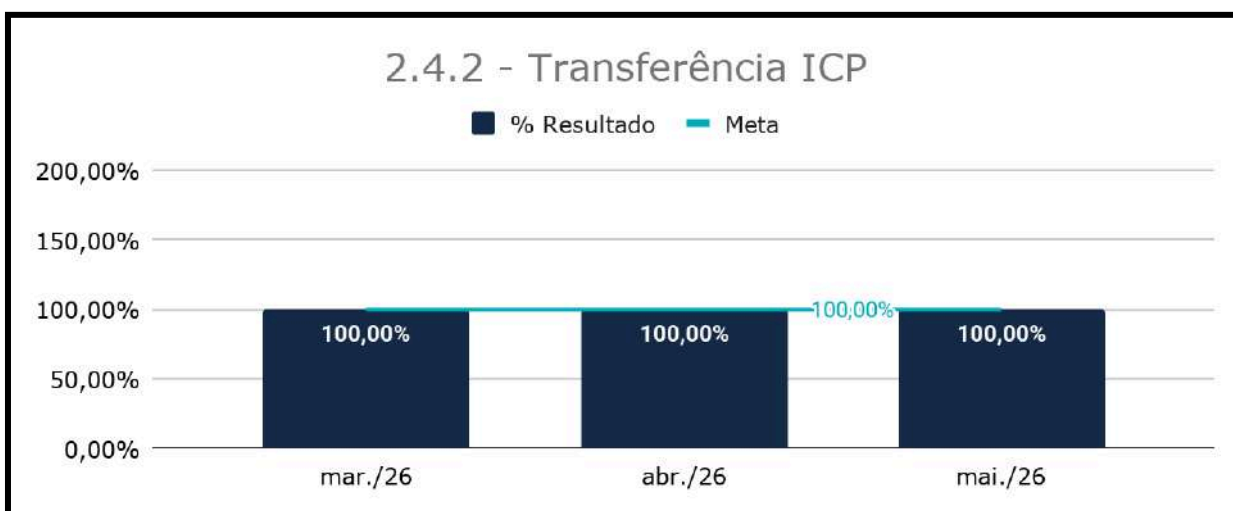
O terceiro paciente apresentou indicação de trombólise farmacológica na própria unidade, em razão da indisponibilidade imediata de acesso à hemodinâmica decorrente da elevada ocupação do serviço de referência. A intervenção foi realizada dentro dos critérios de elegibilidade clínica, seguida de transferência

para continuidade do tratamento especializado, assegurando a manutenção da linha de cuidado e a integralidade da assistência.

A distribuição dos casos entre as diferentes rotas demonstra adequada estratificação de risco e utilização racional dos recursos assistenciais, refletindo alinhamento das equipes aos protocolos institucionais e capacidade de identificação precoce das condições cardiovasculares de maior gravidade. Esse resultado contribui para maior segurança do paciente, otimização dos fluxos de atendimento e redução de potenciais atrasos terapêuticos.

Sob a perspectiva da gestão assistencial, a manutenção dos indicadores dentro do padrão histórico reforça a efetividade dos processos implantados, a maturidade organizacional da linha de cuidado e a capacidade da unidade em responder de forma estruturada às demandas cardiovasculares. A estabilidade observada também sugere adequado dimensionamento dos recursos disponíveis e boa integração entre os diferentes setores envolvidos no atendimento.

De forma geral, os resultados demonstram consistência operacional, aderência às diretrizes clínicas e fortalecimento contínuo dos processos assistenciais. O cenário identificado evidencia uma linha de cuidado consolidada, sustentada por protocolos bem definidos, monitoramento permanente dos indicadores e compromisso institucional com a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos desfechos clínicos.



Análise crítica: No período analisado, 03 (três) pacientes foram classificados e conduzidos pela Rota 1. Desses, 01 (um) paciente foi submetido à trombólise na própria unidade, conforme discussão e alinhamento assistencial com o Hospital de referência Pio XII. Os outros 02 (dois) pacientes foram encaminhados ao serviço de referência para continuidade da investigação e manejo especializado, com articulação simultânea junto à Atenção Primária à Saúde, assegurando a coordenação e a longitudinalidade do cuidado.

Todo o processo assistencial transcorreu em conformidade com os fluxos e diretrizes estabelecidos na linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), favorecendo a integração entre os diferentes níveis de atenção e garantindo a continuidade da assistência de forma oportuna e segura.

A seguir, apresenta-se a síntese dos casos acompanhados, com o objetivo de subsidiar a avaliação dos desfechos clínicos, analisar a efetividade do fluxo assistencial pactuado e verificar o desempenho da rede de atenção à saúde no atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação de AVC.

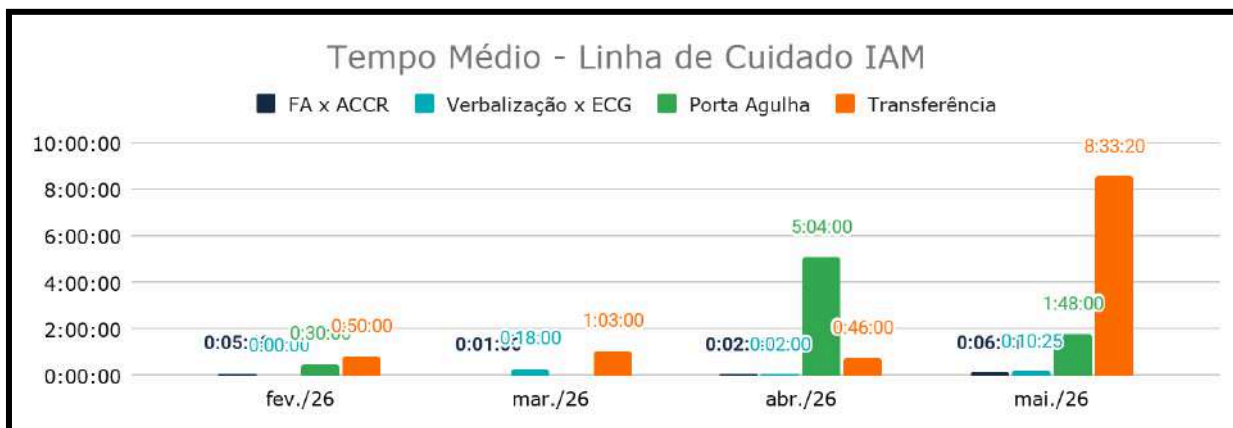
- 1. Paciente A.C.C, 78 anos, sexo masculino, FA nº 232097,** deu entrada na unidade por meios próprios no dia 02/05/2026 às 04:06. Apresenta quadro de dor torácica retrosternal e com desconforto epigástrico e irradiação a MSE, com início há 01 hora. Foi realizado ECG às 04:09, evidenciando IAMCSST, diante do diagnóstico, o paciente foi prontamente conduzido conforme protocolo de emergência cardiovascular, sendo realizado contato imediato com serviço de referência e transferência para cateterismo cardíaco de emergência. O paciente chegou ao hospital de referência às 06:39, com tempo total de 02 horas e 20 minutos entre o diagnóstico eletrocardiográfico e a chegada ao serviço especializado.
- 2. Paciente I.O, 83 anos, sexo Feminino, FA nº 240830,** Paciente deu entrada na unidade por meios próprios no dia 22/05/2026 às 18:42, apresentando dor torácica com aproximadamente 1 hora de evolução. Durante avaliação inicial, encontrava-se em estado de instabilidade hemodinâmica, apresentando bradicardia importante (32 bpm), hipotensão arterial (90x60 mmHg) e dessaturação significativa (SpO₂ 60%). Foi realizado eletrocardiograma às 18:45, evidenciando quadro compatível com IAMCSST. Diante do diagnóstico e da gravidade clínica, a paciente foi imediatamente conduzida conforme protocolo institucional de emergência cardiovascular. Realizado contato imediato com serviço de referência, que orientou realização de trombólise na própria unidade devido ao quadro de instabilidade clínica. Às 20:35, foi iniciada terapia trombolítica, evoluindo com sucesso terapêutico e melhora clínica subsequente. Após estabilização hemodinâmica e monitorização contínua, a paciente foi transferida para hospital de referência no dia 23/05/2026 às 16:53, apresentando tempo total de 21 horas e 53 minutos após término da

trombólise bem-sucedida, para continuidade do acompanhamento especializado e suporte cardiológico avançado.

- Paciente G.J.C. sexo masculino, 83 anos, FA 99400**, deu entrada na unidade, via SAMU, dia 08/05/2026 às 13:08 pela triagem, onde a paciente não relatou no primeiro momento dor torácica; sendo então encaminhada, conforme classificação de risco, de amarelo, para posterior atendimento médico.

No entanto às 13:50, em consultório médico foi sinalizado pelo paciente dor torácica em ambos hemitorax, sendo então solicitado pela médica que o atendeu: ECG, Radiografia de Torax e solicitação de exames séricos, assim como prescrição de (volume) soro glicofisiológico devido hipotensão da paciente em questão.

Ao realizar o ECG às 14:36 e analisado de imediato pela médica, foi evidenciado supra do desnivelamento ST em V2,V3 e V4; sendo imediatamente inserido na Rede Infarto às 15:28, onde foi sinalizado pelo hemodinamicista prioridade de encaminhamento ao PIO XII às 15:46, já sinalizando área inativa em parede anterior o que sugere evolução de 09 horas após o início do quadro. Sendo transferido às 16:30, com tempo de 1 hora e 32 minutos, desde o diagnóstico médico de IAMCSST.



Análise crítica: Durante o período analisado, os indicadores de desempenho assistencial relacionados ao atendimento dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCSST) demonstraram tempo médio de 00:04:00 (quatro minutos) para abertura da ficha de atendimento, 00:10:25 (dez minutos e vinte e cinco segundos) para realização do eletrocardiograma (ECG) e 08:33:00 (oito horas e trinta e três minutos) entre o início dos sintomas informados pelo paciente e a transferência para o serviço de referência.

Em relação ao tempo porta-agulha, foi registrado o intervalo de 01:48:00 (uma hora e quarenta e oito minutos) em 01 (um) paciente submetido à trombólise na unidade. Observa-se que esse resultado ficou acima da meta assistencial preconizada de 00:30:00 (trinta minutos), fato justificado pela condição clínica inicial da paciente, que apresentou instabilidade hemodinâmica e demandou intervenções prioritárias e manejo intensivo em sala de emergência antes da administração do trombolítico.

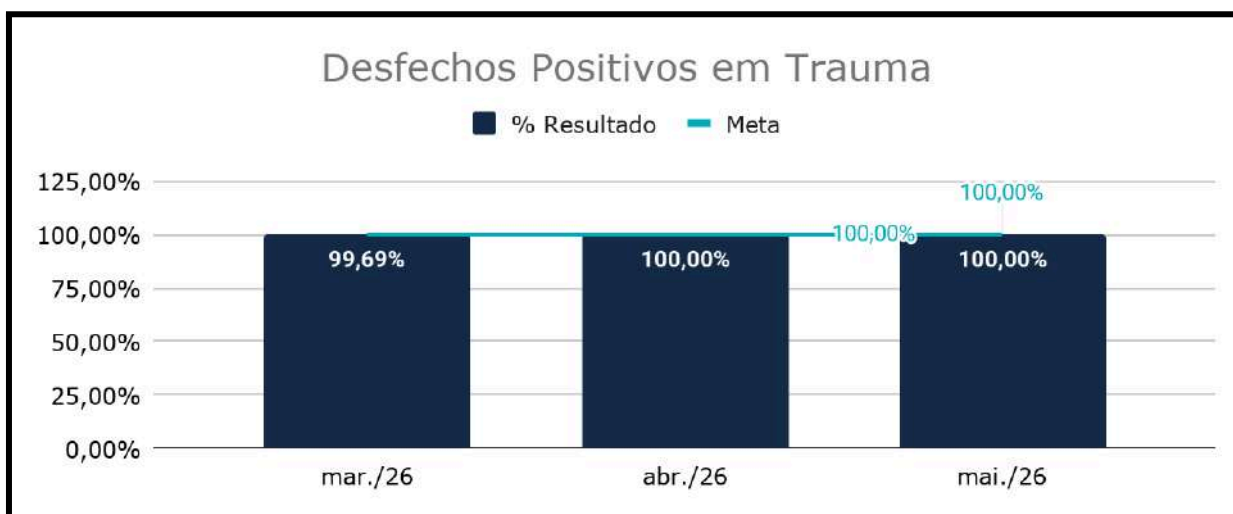
Apesar do tempo porta-agulha superior ao recomendado, a terapia de reperfusão foi realizada dentro da janela terapêutica considerada adequada para obtenção de benefício clínico. Ressalta-se que, nos casos de IAMCSST, a trombólise apresenta maior efetividade quando instituída nas primeiras 02 (duas) a 03 (três) horas após o início dos sintomas, permanecendo indicada dentro dos limites estabelecidos

pelas diretrizes vigentes, desde que observados os critérios de elegibilidade e a ausência de contraindicações absolutas ou relativas.

A avaliação contínua desse indicador é essencial para monitoramento da qualidade assistencial, permitindo identificar oportunidades de melhoria nos processos de trabalho, reduzir possíveis atrasos e fortalecer a capacidade de resposta da equipe frente às emergências cardiovasculares tempo-dependentes.

De forma geral, os resultados observados demonstram aderência aos protocolos institucionais e evidenciam o compromisso da equipe com a assistência baseada em evidências, a segurança do paciente e a efetividade da linha de cuidado cardiovascular, contribuindo para a qualificação contínua dos processos assistenciais e dos desfechos clínicos.

5.1.6 Cumprimentos e metas dos indicadores da linha de cuidado do trauma - Percentual de pacientes vitimados por Trauma atendidos na Sala Vermelha



Análise crítica: No período analisado, foram registrados 360 (trezentos e sessenta) atendimentos relacionados a trauma, demonstrando a relevância da

unidade como ponto estratégico de assistência dentro da rede de urgência e emergência. O volume expressivo de atendimentos evidencia a capacidade instalada da instituição para absorver demandas de diferentes níveis de complexidade, assegurando acesso oportuno, atendimento qualificado e continuidade do cuidado aos usuários.

A manutenção da qualidade assistencial frente a esse cenário está diretamente relacionada à adequada estruturação dos fluxos internos e à efetividade do processo de acolhimento com classificação de risco, permitindo a priorização dos casos conforme sua gravidade e a utilização racional dos recursos disponíveis. Esse modelo organizacional contribui para a otimização dos tempos de resposta e para a segurança dos pacientes durante todo o percurso assistencial.

Sob a perspectiva da qualificação profissional, a elevada casuística observada representa importante oportunidade para o fortalecimento das competências técnicas da equipe multiprofissional, favorecendo o desenvolvimento contínuo das habilidades relacionadas ao atendimento ao trauma, à tomada de decisão clínica e ao gerenciamento de situações críticas. Além disso, o monitoramento sistemático desses atendimentos fornece subsídios relevantes para a análise epidemiológica local, identificação de tendências assistenciais e planejamento de ações voltadas à melhoria dos processos de trabalho.

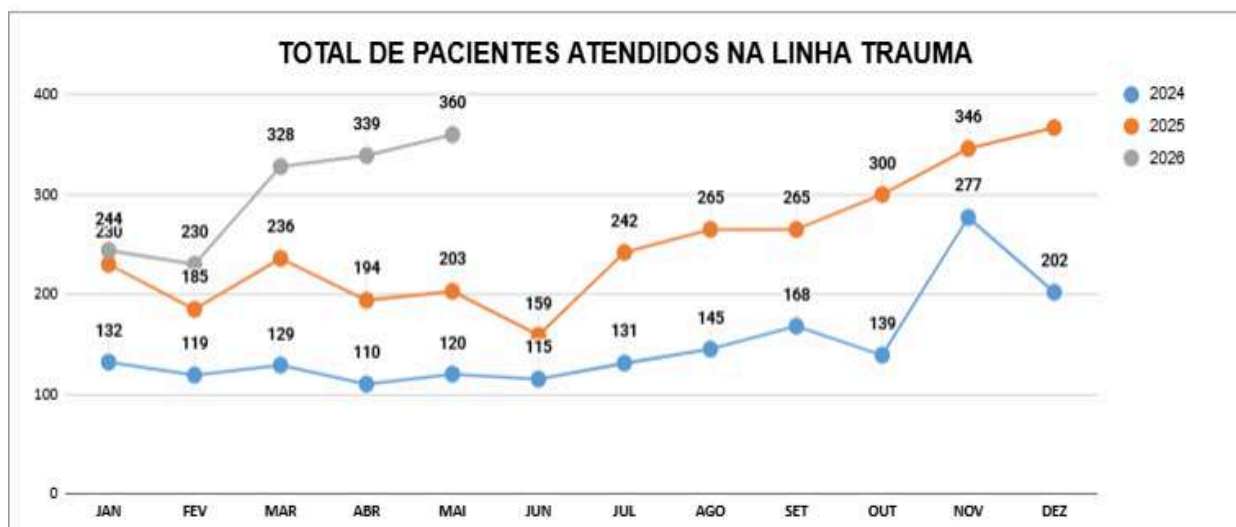
Em relação aos casos de maior complexidade, identificou-se que 10 (dez) pacientes necessitaram de atendimento em sala vermelha, refletindo adequada estratificação de risco e utilização criteriosa dos recursos destinados ao suporte avançado à vida. Todos os pacientes classificados como críticos foram estabilizados e posteriormente transferidos ao hospital de referência para continuidade da assistência especializada, garantindo a integralidade do cuidado e a observância dos fluxos pactuados na rede de atenção.

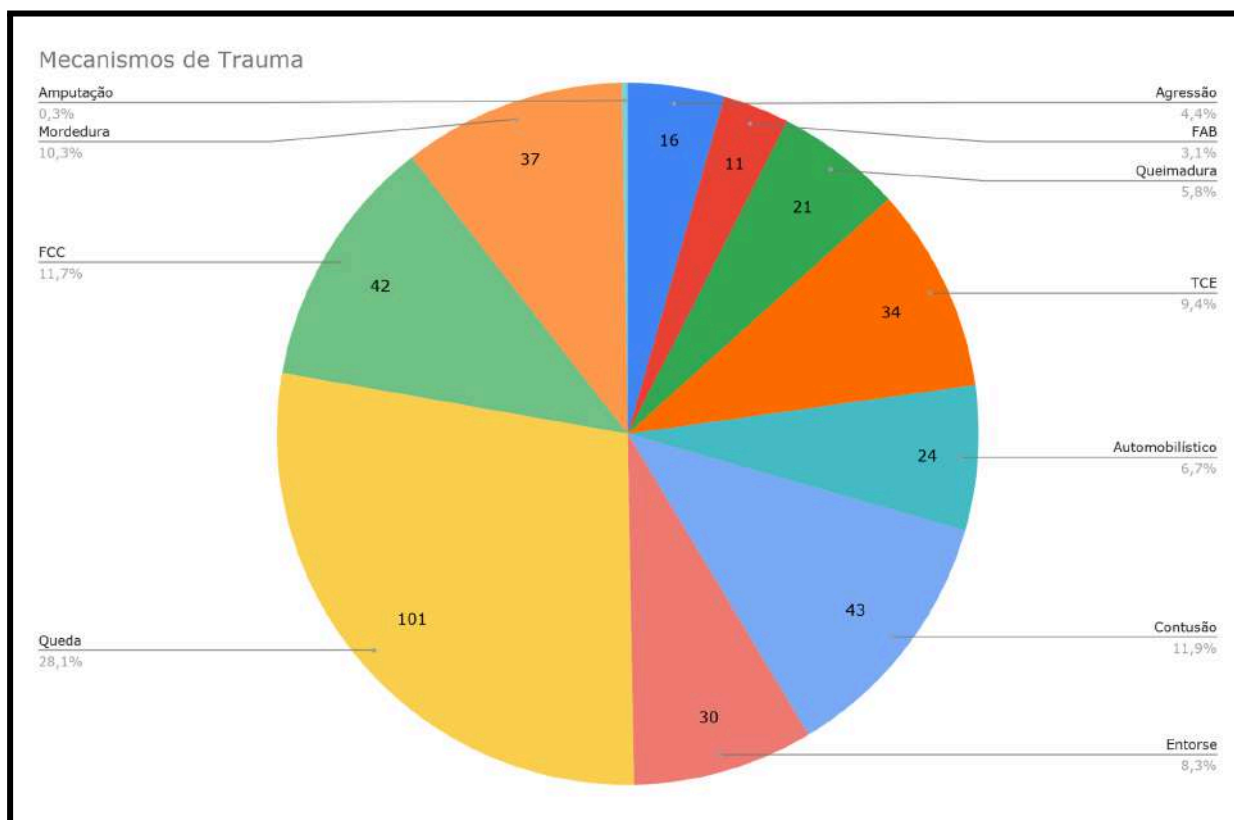
Nesse contexto, a sala vermelha manteve papel fundamental na assistência aos pacientes graves, proporcionando ambiente estruturado para intervenções

imediatas, monitorização contínua e atuação integrada das equipes assistenciais, conforme protocolos institucionais e diretrizes clínicas vigentes.

Destaca-se, ainda, a adoção de estratégias voltadas à comunicação efetiva com pacientes e acompanhantes, especialmente nos casos que demandaram maior tempo de permanência na unidade. A oferta contínua de informações sobre a evolução do atendimento contribuiu para maior transparência do processo assistencial, redução da ansiedade e fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários.

De maneira geral, os indicadores avaliados demonstram consistência na organização dos processos assistenciais, adequada gestão dos recursos disponíveis e elevado comprometimento das equipes com a qualidade e a segurança do cuidado. Os resultados observados reforçam a capacidade da unidade em responder de forma eficiente às demandas relacionadas ao trauma, consolidando sua importância na rede regional de urgência e emergência.





Análise crítica: No mês de maio, a unidade registrou 360 (trezentos e sessenta) atendimentos relacionados a eventos traumáticos, contemplando diferentes mecanismos de lesão e níveis de gravidade. O monitoramento desses atendimentos constitui importante instrumento para avaliação do perfil epidemiológico da população assistida, permitindo identificar tendências, dimensionar demandas e orientar o planejamento das ações assistenciais.

A distribuição dos mecanismos de trauma evidenciou predominância de quedas, correspondendo a 28,1% (vinte e oito vírgula um por cento) dos casos, seguidas por contusões, com 11,9% (onze vírgula nove por cento), feridas cortantes e contusas, com 11,7% (onze vírgula sete por cento), mordeduras, com 10,3% (dez vírgula três por cento), traumatismo cranioencefálico (TCE), com 9,4% (nove

vírgula quatro por cento), entorses, com 8,3% (oito vírgula três por cento), acidentes automobilísticos, com 6,7% (seis vírgula sete por cento), agressões físicas, com 4,4% (quatro vírgula quatro por cento), e ausência de registros de ferimentos por arma de fogo, representando 0% (zero por cento) dos atendimentos no período.

O predomínio das quedas mantém-se como importante indicador epidemiológico, especialmente em populações mais suscetíveis, como idosos e pacientes com comorbidades associadas. Além do potencial para ocorrência de lesões graves, esse mecanismo está frequentemente relacionado ao aumento da demanda por exames complementares, observação clínica prolongada e necessidade de acompanhamento pós-alta, reforçando a importância de ações preventivas e de promoção da saúde voltadas à redução desses eventos.

As lesões decorrentes de feridas cortantes, contusas e contusões representaram parcela significativa da demanda assistencial. Embora, em sua maioria, estejam associadas a casos de menor complexidade clínica, esses atendimentos impactam diretamente a ocupação dos recursos assistenciais, exigindo procedimentos, utilização de insumos e tempo de equipe, com repercussão na dinâmica operacional da unidade.

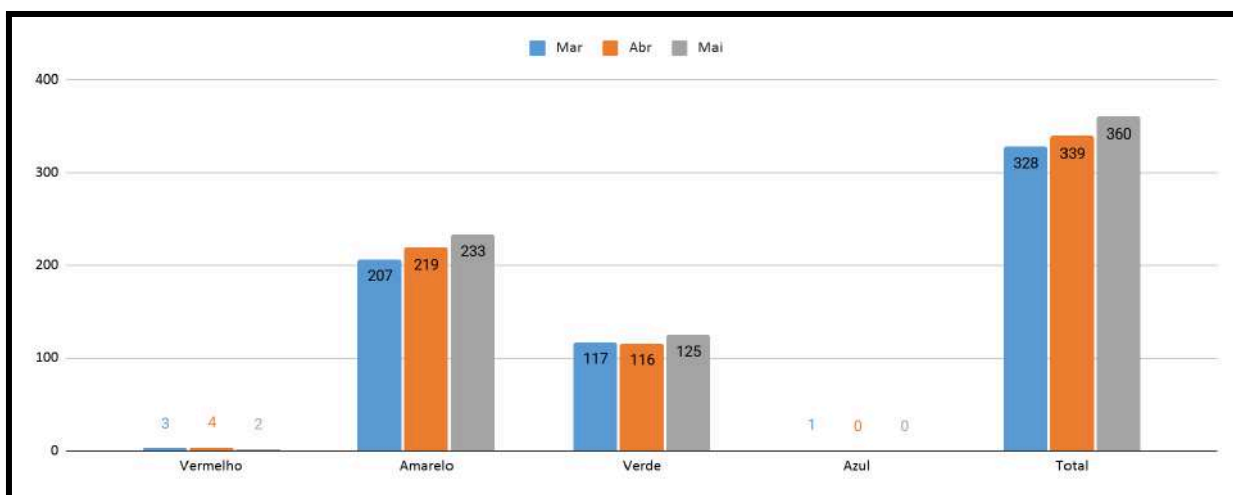
Por sua vez, os casos de traumatismo cranioencefálico e os acidentes automobilísticos, apesar de menos frequentes, demandam elevado grau de atenção devido ao potencial de gravidade, risco de deterioração clínica e necessidade de rápida estratificação de risco. Nesses cenários, a pronta identificação de sinais de alerta e a adoção de condutas baseadas em protocolos assistenciais são determinantes para a segurança do paciente e para a obtenção de melhores desfechos clínicos.

A análise dos indicadores demonstra que a unidade manteve capacidade adequada de resposta frente à demanda apresentada, sustentada por fluxos assistenciais estruturados, equipes capacitadas e processos alinhados às diretrizes de

atendimento ao trauma. Esse cenário contribui para a oferta de uma assistência segura, resolutiva e compatível com a complexidade dos casos atendidos.

Conclui-se que o acompanhamento sistemático dos atendimentos traumáticos permanece como ferramenta estratégica para a gestão assistencial, permitindo a identificação de oportunidades de melhoria, a otimização da alocação de recursos e o fortalecimento contínuo das ações voltadas à qualidade, segurança e eficiência dos serviços prestados à população.

Monitoramento do Trauma por Classificação de Risco



Análise crítica: A avaliação da classificação de risco dos pacientes atendidos por trauma no mês de maio demonstra predominância de casos classificados como prioridade amarela, correspondendo a 64,5% (sessenta e quatro vírgula cinco por cento) dos atendimentos. Esse resultado evidencia um perfil assistencial caracterizado majoritariamente por situações que requerem intervenção oportuna, monitoramento clínico e acompanhamento contínuo, em razão do potencial de evolução desfavorável quando não manejadas adequadamente.

A elevada representatividade dessa categoria reforça a necessidade de manutenção de equipes capacitadas para reconhecimento precoce de sinais de agravamento, além da observância rigorosa dos protocolos institucionais e da realização de reavaliações sistemáticas durante a permanência do paciente na unidade. Sob a ótica da gestão assistencial, esse cenário exige planejamento constante dos recursos humanos e materiais, garantindo capacidade operacional compatível com a demanda e preservando a qualidade do atendimento prestado.

Os atendimentos classificados como prioridade verde representaram 35% (trinta e cinco por cento) dos casos analisados. Embora associados a condições de menor gravidade clínica, esses pacientes impactam significativamente a dinâmica

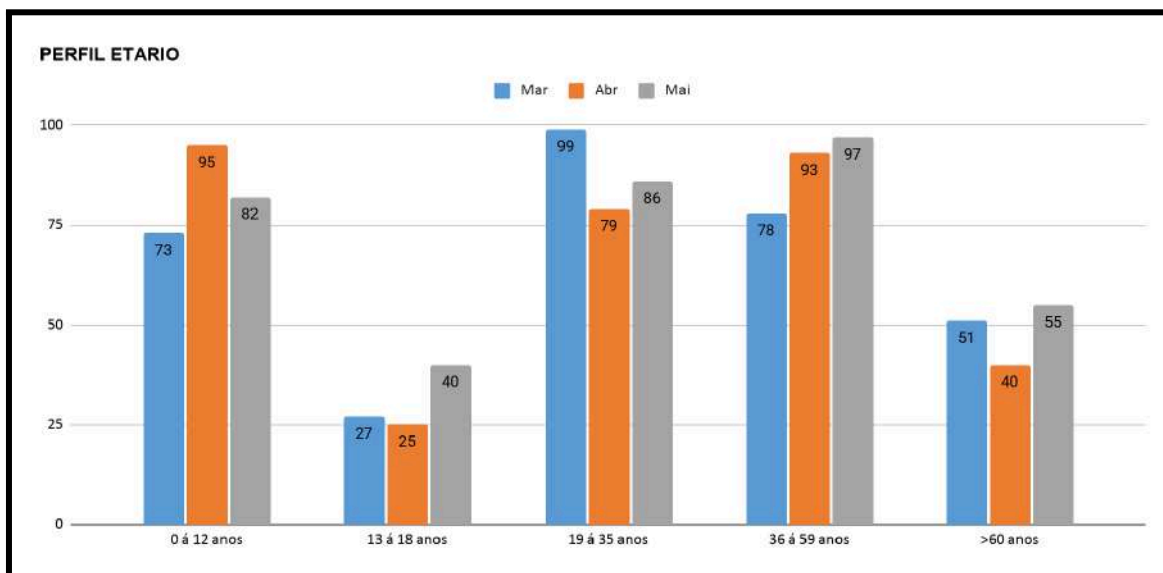
assistencial devido ao volume expressivo de atendimentos, influenciando diretamente a ocupação dos espaços assistenciais, o tempo de permanência e a utilização dos recursos disponíveis. Esse perfil evidencia a importância do fortalecimento das ações de educação em saúde e da integração com a Atenção Primária, favorecendo a utilização adequada dos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Em relação aos casos classificados como prioridade vermelha, observou-se percentual de 0,55% (zero vírgula cinquenta e cinco por cento), representando pacientes com risco iminente de morte ou necessidade de intervenção imediata. Apesar da baixa frequência, tais ocorrências demandam elevado nível de prontidão da equipe multiprofissional, disponibilidade de recursos especializados e rápida mobilização dos dispositivos de suporte avançado à vida.

Nesse contexto, destaca-se a relevância da sala vermelha como ambiente estratégico para estabilização e manejo dos pacientes críticos, possibilitando intervenções imediatas, monitorização intensiva e adequada condução clínica até a definição do desfecho assistencial ou transferência para serviço de maior complexidade, quando indicado.

De forma global, o perfil observado demonstra uma unidade submetida a demanda assistencial contínua, com predominância de casos de média complexidade e presença significativa de atendimentos de baixa gravidade. Os resultados reforçam a importância da manutenção de processos assistenciais bem estruturados, da capacitação permanente das equipes e da integração efetiva entre os diferentes níveis de atenção, contribuindo para maior resolutividade, eficiência operacional e segurança do paciente em toda a linha de cuidado ao trauma.

Perfil Etário dos Paciente na Linha de Trauma



Análise crítica: A avaliação da distribuição etária dos pacientes atendidos por trauma no mês de maio constitui importante ferramenta para compreensão do comportamento epidemiológico da demanda e para o direcionamento das estratégias assistenciais, preventivas e de gestão da unidade.

No período analisado, observou-se redução de 13 (treze) atendimentos em comparação ao mês anterior. Essa variação pode estar relacionada a fatores multifatoriais, incluindo alterações sazonais, mudanças no padrão de exposição aos fatores de risco e oscilações próprias do perfil populacional atendido. Apesar da redução global, o monitoramento contínuo desses indicadores permanece essencial para identificação precoce de tendências e adequação dos recursos assistenciais.

Os pacientes pertencentes à faixa etária de 19 (dezenove) a 35 (trinta e cinco) anos representaram 24% (vinte e quatro por cento) dos atendimentos, enquanto aqueles com idade entre 36 (trinta e seis) e 59 (cinquenta e nove) anos corresponderam a 27% (vinte e sete por cento). Esses grupos mantiveram

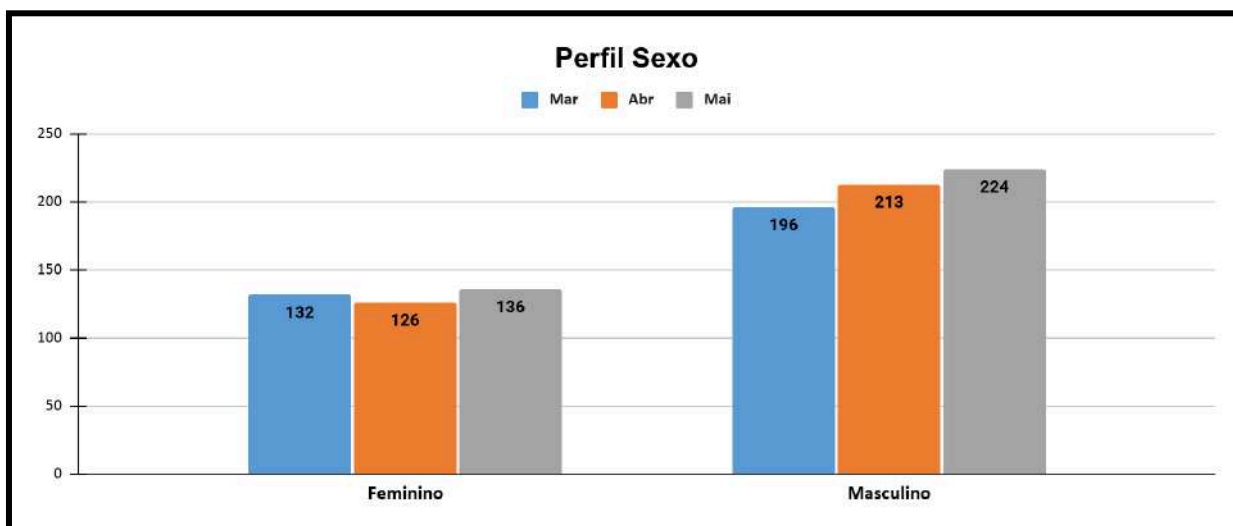
participação significativa na demanda por trauma, cenário frequentemente associado à maior exposição a acidentes de trânsito, atividades ocupacionais, práticas esportivas e outros mecanismos de lesão relacionados à rotina produtiva e social. Tal perfil reforça a necessidade de ações permanentes de prevenção de acidentes e promoção da saúde em parceria com outros setores da rede.

Em relação à população idosa, definida por indivíduos com 60 (sessenta) anos ou mais, foi identificado aumento no número de atendimentos quando comparado ao mês anterior. Embora represente parcela menor do total de casos, essa população requer atenção diferenciada em razão da maior vulnerabilidade clínica, da presença frequente de doenças crônicas e do risco aumentado para complicações decorrentes do trauma. Nesse contexto, as quedas permanecem como um dos principais mecanismos de lesão, frequentemente associadas a perdas funcionais, necessidade de internação e maior impacto sobre a qualidade de vida.

Os dados analisados demonstram manutenção da demanda assistencial entre adultos e idosos, acompanhada por aumento da participação da população pediátrica em relação ao período anterior. Esse comportamento evidencia a importância da adoção de estratégias específicas para cada faixa etária, considerando as particularidades dos mecanismos de trauma, os fatores de risco predominantes e as necessidades assistenciais de cada grupo populacional.

De forma geral, o perfil etário observado reforça a importância do fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, da qualificação contínua dos registros assistenciais e da integração entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Essas medidas são fundamentais para subsidiar o planejamento das ações preventivas, otimizar a utilização dos recursos disponíveis e ampliar a efetividade das intervenções voltadas à redução da morbimortalidade relacionada ao trauma.

Perfil Sexo dos Paciente na Linha de Trauma



Análise crítica: A análise da distribuição dos atendimentos por trauma segundo o sexo demonstra predominância de pacientes do sexo masculino, que corresponderam a 62% (sessenta e dois por cento) dos casos registrados no mês de maio. Esse resultado está alinhado ao perfil epidemiológico observado em serviços de urgência e emergência, no qual homens tendem a apresentar maior exposição a fatores de risco relacionados a acidentes de trânsito, atividades ocupacionais de maior periculosidade, práticas esportivas e outros eventos potencialmente causadores de lesões traumáticas.

Os atendimentos realizados em pacientes do sexo feminino representaram 38% (trinta e oito por cento) da demanda analisada. Embora em menor proporção, esse grupo requer atenção específica quanto aos mecanismos de trauma envolvidos e às condições de vulnerabilidade que podem influenciar a ocorrência dos agravos. Entre os fatores frequentemente associados destacam-se os acidentes domésticos, as quedas e as situações de violência interpessoal, que exigem uma abordagem assistencial qualificada e sensível às necessidades individuais de cada paciente.

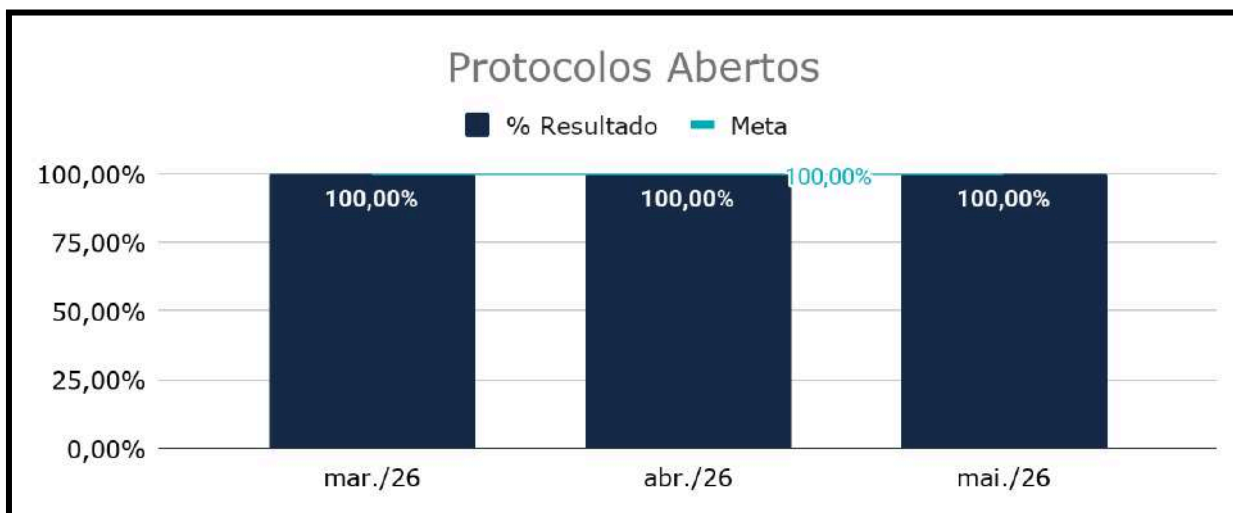
A distribuição observada reflete não apenas diferenças relacionadas à exposição aos mecanismos de lesão, mas também aspectos sociais, culturais e

comportamentais que influenciam a forma como homens e mulheres interagem com os fatores de risco e acessam os serviços de saúde. Dessa forma, a interpretação desses indicadores deve considerar uma análise ampliada do contexto populacional atendido, permitindo melhor compreensão das necessidades assistenciais apresentadas.

Sob a perspectiva da gestão, o conhecimento do perfil de atendimento por sexo contribui para o planejamento de ações direcionadas à prevenção de agravos, à qualificação das práticas assistenciais e ao fortalecimento das estratégias de acolhimento e identificação precoce de situações de vulnerabilidade. Destaca-se, nesse contexto, a importância de protocolos que favoreçam o reconhecimento oportuno de casos relacionados à violência, garantindo assistência integral, segura e humanizada.

De maneira geral, os dados demonstram um perfil assistencial compatível com o observado em serviços de atendimento ao trauma, fornecendo informações relevantes para o planejamento estratégico da unidade. O monitoramento contínuo desse indicador permite aprimorar a organização dos processos de trabalho, otimizar a utilização dos recursos disponíveis e fortalecer a oferta de um cuidado mais equitativo, resolutivo e alinhado às características da população atendida.

5.1.7 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo



Análise crítica: No mês de maio, foram registrados 96 (noventa e seis) acionamentos do protocolo institucional de sepse, resultado compatível com o comportamento histórico da unidade e que demonstra manutenção da vigilância clínica ativa para identificação de pacientes com suspeita de infecção grave e risco de deterioração clínica. Esse cenário evidencia a sensibilidade das equipes assistenciais para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas compatíveis com sepse, contribuindo para a adoção oportuna das medidas terapêuticas recomendadas.

Dos protocolos abertos, 26 (vinte e seis) casos tiveram confirmação dos critérios clínicos e laboratoriais necessários para manutenção da linha de cuidado, enquanto 70 (setenta) foram posteriormente descartados após avaliação diagnóstica complementar. Esse resultado reflete uma estratégia assistencial pautada na segurança do paciente, priorizando a identificação precoce dos casos suspeitos e reduzindo o risco de atrasos em intervenções potencialmente tempo-dependentes.

Observa-se, ainda, fortalecimento da adesão às diretrizes institucionais relacionadas à abertura precoce dos protocolos, demonstrando amadurecimento dos processos assistenciais e maior integração entre os profissionais envolvidos no

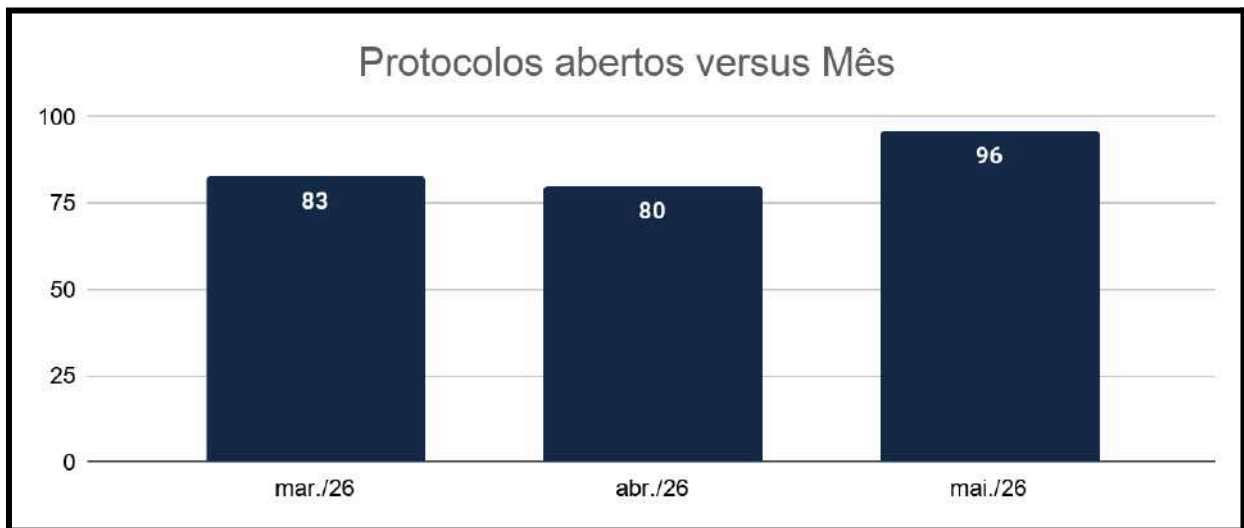
atendimento. A adoção dessa conduta favorece o início oportuno das medidas terapêuticas, contribui para a redução de complicações associadas à sepse e fortalece a qualidade da assistência prestada.

Outro aspecto relevante identificado no período foi a integração de 100% (cem por cento) dos pacientes acompanhados pela linha de cuidado da sepse com a Atenção Primária à Saúde. Esse resultado evidencia a efetividade dos mecanismos de articulação entre os diferentes níveis de atenção, assegurando a continuidade do acompanhamento após a alta e fortalecendo o cuidado longitudinal dos usuários.

A comunicação sistematizada com a rede de Atenção Primária contribui para o monitoramento clínico dos pacientes, favorece a identificação precoce de possíveis intercorrências e reduz o risco de descontinuidade assistencial. Além disso, fortalece a coordenação do cuidado e amplia a resolutividade da rede de saúde como um todo.

De maneira geral, os indicadores analisados demonstram evolução consistente dos processos relacionados ao manejo da sepse, com adequada adesão aos protocolos institucionais, fortalecimento da cultura de segurança do paciente e integração efetiva da rede assistencial. Os resultados observados refletem o comprometimento das equipes com a qualidade do cuidado, a assistência baseada em evidências e a busca contínua pela melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes atendidos.

5.1.8 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE



Análise crítica: A avaliação dos indicadores relacionados à execução do Pacote da 1ª Hora demonstra elevado nível de conformidade com as diretrizes assistenciais estabelecidas para o manejo inicial da sepse. O cumprimento integral das medidas preconizadas em todos os casos que permaneceram em protocolo evidencia a efetividade dos fluxos institucionais, a adequada integração entre os setores envolvidos e o comprometimento das equipes com a assistência baseada em evidências.

Os resultados observados refletem o fortalecimento da capacidade institucional de identificar precocemente os pacientes com suspeita de sepse e implementar, de forma oportuna, as intervenções terapêuticas recomendadas. A adesão consistente ao protocolo contribui diretamente para a redução do risco de progressão para disfunção orgânica, choque séptico e outros desfechos desfavoráveis, constituindo importante indicador de qualidade e segurança assistencial.

Destaca-se, ainda, a consolidação do Kit Sepse como ferramenta estratégica para otimização do atendimento. Sua disponibilização imediata após a abertura do protocolo favorece a padronização das condutas, reduz o tempo entre a suspeita

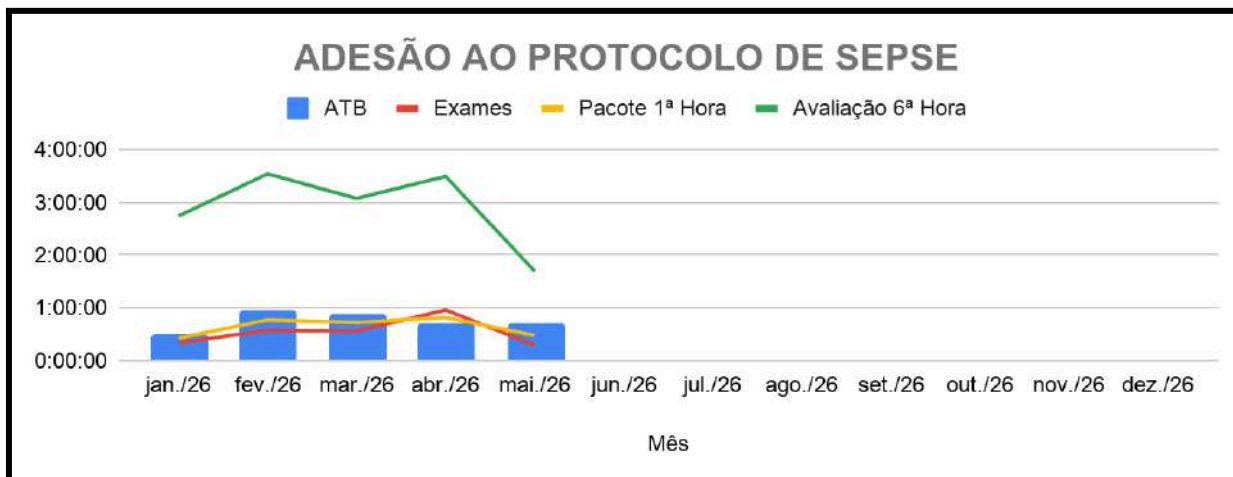
clínica e a implementação das medidas terapêuticas e minimiza barreiras operacionais que possam impactar a assistência. Esse processo demonstra adequada articulação entre os serviços de enfermagem, farmácia, laboratório e equipe médica, fortalecendo a coordenação do cuidado e aumentando a eficiência operacional.

Outro aspecto relevante refere-se ao cumprimento sistemático das intervenções dentro da chamada "hora ouro", considerada etapa crítica para o prognóstico dos pacientes sépticos. O desempenho alcançado no período evidencia não apenas o domínio técnico das equipes, mas também a incorporação de uma cultura organizacional voltada à identificação precoce de agravos tempo-dependentes e à rápida mobilização dos recursos assistenciais necessários.

Os resultados também refletem o impacto positivo das ações de educação permanente e monitoramento dos indicadores assistenciais, que têm contribuído para maior aderência aos protocolos institucionais e para a uniformização das práticas clínicas entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado.

Embora os indicadores demonstrem desempenho altamente satisfatório, permanece fundamental a manutenção das estratégias de monitoramento contínuo dos tempos assistenciais, da qualidade dos registros em prontuário e das atividades de capacitação das equipes. Essas ações são essenciais para assegurar a sustentabilidade dos resultados alcançados, promover a melhoria contínua dos processos e garantir a manutenção dos padrões de excelência assistencial.

De forma geral, os achados evidenciam um processo de cuidado estruturado, seguro e alinhado às melhores práticas no manejo da sepse, demonstrando maturidade institucional, integração multiprofissional e compromisso permanente com a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a obtenção de melhores desfechos clínicos.



Análise crítica: A análise dos indicadores relacionados aos tempos assistenciais da linha de cuidado da sepse demonstra desempenho consistente da unidade no cumprimento das metas estabelecidas pelos protocolos institucionais e diretrizes clínicas vigentes. Os resultados observados evidenciam processos assistenciais bem estruturados, adequada integração entre as equipes e elevada capacidade de resposta frente aos pacientes com suspeita de infecção grave ou sepse.

O tempo médio para administração da antibioticoterapia foi de 42 (quarenta e dois) minutos, resultado compatível com as recomendações para o manejo inicial da sepse é considerado um importante indicador de qualidade assistencial. A instituição precoce do tratamento antimicrobiano permanece como uma das principais medidas associadas à redução da mortalidade e das complicações relacionadas à doença. Nesse contexto, o desempenho alcançado demonstra eficiência na identificação dos casos elegíveis e agilidade na implementação das intervenções terapêuticas necessárias.

Em relação à coleta de exames laboratoriais, foi observado tempo médio de 17 (dezessete) minutos e 29 (vinte e nove) segundos. Esse resultado reflete a efetividade dos fluxos internos e a adequada articulação entre os setores assistenciais e de apoio diagnóstico. A rápida obtenção dos exames contribui diretamente para a tomada de decisão clínica, possibilitando avaliação mais

precisa da gravidade do quadro, monitoramento da resposta ao tratamento e definição de condutas de forma segura e oportuna.

Outro indicador de destaque refere-se à reavaliação clínica subsequente, realizada em média após 01 (uma) hora e 41 (quarenta e um) minutos. Embora as diretrizes estabeleçam a necessidade de reavaliação dentro de um intervalo máximo de 06 (seis) horas, o resultado encontrado demonstra monitoramento clínico precoce e vigilância assistencial contínua. Esse acompanhamento mais próximo favorece a identificação antecipada de alterações no estado clínico do paciente, permitindo ajustes terapêuticos oportunos e contribuindo para melhores desfechos assistenciais.

Os resultados observados evidenciam não apenas a adesão aos protocolos institucionais, mas também o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e da assistência baseada em evidências. A manutenção dos tempos assistenciais dentro dos parâmetros recomendados demonstra maturidade organizacional, alinhamento entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado e compromisso permanente com a qualidade dos serviços prestados.

De forma geral, os indicadores analisados reforçam a efetividade da linha de cuidado da sepse na unidade, evidenciando processos assistenciais eficientes, monitoramento clínico adequado e capacidade de resposta compatível com os padrões de excelência esperados para o atendimento de pacientes com condições potencialmente graves e tempo-dependentes.

ABERTURA DE PROTOCOLOS													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2024	1	7	4	7	1	4	3	8	9	17	10	16	87
2025	3	14	17	41	75	63	62	50	85	82	84	79	655
2026	57	74	83	80	96								

5.1.9 Adesão ao protocolo de SEPSE



Análise crítica: No período analisado, foram registrados 96 (noventa e seis) acionamentos do protocolo de sepse, dos quais 26 (vinte e seis) pacientes preencheram os critérios clínicos para manutenção do protocolo e percorreram integralmente a linha de cuidado, correspondendo a 27% (vinte e sete por cento) dos casos inicialmente suspeitos. Esse resultado demonstra adequada sensibilidade da equipe para identificação precoce dos pacientes com potencial quadro séptico, priorizando a segurança assistencial por meio da abertura oportuna dos protocolos.

A proporção observada reflete um processo assistencial estruturado, no qual a triagem clínica, a investigação diagnóstica e a reavaliação contínua permitem distinguir adequadamente os casos elegíveis daqueles posteriormente descartados. Esse comportamento é compatível com boas práticas assistenciais, uma vez que privilegia o reconhecimento precoce da sepse sem comprometer a especificidade do protocolo.

Os resultados também evidenciam adequada organização dos fluxos institucionais e integração efetiva entre os diferentes setores envolvidos no atendimento. A articulação entre recepção, enfermagem, equipe médica, laboratório e farmácia contribuiu para a condução padronizada dos pacientes elegíveis, favorecendo a

continuidade do cuidado e a execução das intervenções dentro dos tempos assistenciais recomendados.

Outro aspecto relevante observado foi a consistência na aplicação das diretrizes clínicas estabelecidas para a linha de cuidado. A capacidade das equipes em identificar precocemente sinais de alerta, instituir medidas terapêuticas oportunas e acompanhar a evolução clínica dos pacientes demonstra fortalecimento das competências assistenciais e maior maturidade na condução dos casos suspeitos de sepse.

A adesão dos profissionais aos protocolos institucionais contribui diretamente para a redução da variabilidade das condutas, ampliação da segurança do paciente e qualificação do processo de tomada de decisão clínica. Além disso, fortalece a assistência baseada em evidências e favorece melhores resultados clínicos para os pacientes atendidos.

Observa-se ainda evolução contínua na consolidação dos processos assistenciais, evidenciada pela integração entre as equipes, melhoria da comunicação entre os setores e maior fluidez na operacionalização da linha de cuidado. Esses fatores contribuem para um atendimento mais eficiente, seguro e centrado nas necessidades do paciente.

De maneira geral, os indicadores analisados demonstram desempenho satisfatório da unidade na condução dos casos de sepse, reforçando a efetividade das estratégias implementadas e o compromisso institucional com a educação permanente, a melhoria contínua dos processos e a prestação de uma assistência qualificada, segura e alinhada às melhores práticas assistenciais.

A seguir, apresenta-se breve relato dos casos que evoluíram conforme a linha de cuidado estabelecida:

1. **Paciente A.V.G.R, 36 anos, sexo masculino, Prontuário N° 277250**, deu entrada na unidade dia 03/05/2026 às 20:07, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de classificação. Paciente com desfecho de evasão em 03/05/2026 às 23:30, cliente acima mencionado morador de área livre de Caçapava.
2. **Paciente A.L.M, 60 anos, sexo masculino, Prontuário N° 234781**, deu entrada na unidade dia 08/05/2026 às 11:47, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de classificação. Paciente com desfecho de transferência em 09/05/2026 às 13:30.
3. **Paciente S.L.S.P, 79 anos, sexo masculino, Prontuário N° 235034**, deu entrada na unidade dia 09/05/2026 às 04:41, onde foi aberto protocolo de sepse de foco urinário, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 09/05/2026 às 16:00.
4. **Paciente J.C.F.S, 49 anos, sexo masculino, Prontuário N° 232109**, deu entrada na unidade dia 02/05/2026 às 05:58, onde foi aberto protocolo de sepse de foco abdominal, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 03/05/2026 às 12:00.
5. **Paciente G.M.O, 22 anos, sexo feminino, Prontuário N° 232307**, deu entrada na unidade dia 02/05/2026 às 04:02, onde foi aberto protocolo de sepse de foco misto, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 02/05/2026 às 22:30.
6. **Paciente T.S, 87 anos, sexo feminino, Prontuário N° 232754**, deu entrada na unidade dia 04/05/2026 às 03:50, onde foi aberto protocolo de sepse de foco urinário, no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência em 11/05/2026 às 16:15.

7. **Paciente G.B.S.M.N.O, 14 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1178008**, deu entrada na unidade dia 10/05/2026 às 15:30, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 11/05/2026 às 09:20.
8. **Paciente T.F.S.M, 28 anos, sexo feminino, Prontuário N° 27153**, deu entrada na unidade dia 13/05/2026 às 13:42, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 13/05/2026 às 17:50.
9. **Paciente A.V.A, 51 anos, sexo masculino, Prontuário N° 58776**, deu entrada na unidade dia 11/05/2026 às 22:23, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência em 14/05/2026 às 03:22.
10. **Paciente I.L.P, 21 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1335962**, deu entrada na unidade dia 14/05/2026 às 20:25, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de observação. Paciente com desfecho de alta em 15/05/2026 às 03:00.
11. **Paciente F.H.G.S, 40 anos, sexo masculino, Prontuário N° 237896**, deu entrada na unidade dia 16/05/2026 às 08:33, onde foi aberto protocolo de sepse de foco cutâneo, no setor de classificação. Paciente com desfecho de evasão em 16/05/2026 às 11:00, inserido na planilha de linha de cuidado.
12. **Paciente D.M.S, 02 anos, sexo masculino, Prontuário N° 238414**, deu entrada na unidade dia 17/05/2026 às 16:16, onde foi aberto protocolo de sepse de foco misto, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 17/05/2026 às 21:30.
13. **Paciente M.S, 96 anos, sexo masculino, Prontuário N° 238272**, deu entrada na unidade dia 17/05/2026 às 09:46, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 17/05/2026 às 17:00.

14. **Paciente V.R.S, 32 anos, sexo masculino, Prontuário N° 58343,** deu entrada na unidade dia 18/05/2026 às 15:53, onde foi aberto protocolo de sepse de foco urinário, no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência em 19/05/2026 às 04:30.

15. **Paciente T.C.CS, 35 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1355714,** deu entrada na unidade dia 18/05/2026 às 21:00, onde foi aberto protocolo de sepse de foco Pulmonar, no setor de observação. Paciente com desfecho de transferência em 19/05/2026 às 15:30.

16. **Paciente L.P.R, 87 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1327485,** deu entrada na unidade dia 20/05/2026 às 17:14, onde foi aberto protocolo de sepse de foco urinário, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 22/05/2026 às 16:50.

17. **Paciente N.A.N.B, 68 anos, sexo feminino, Prontuário N° 38451,** deu entrada na unidade dia 24/05/2026 às 15:35, onde foi aberto protocolo de sepse de foco urinário, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 25/05/2026 às 12:30.

18. **Paciente T.P.B, 87 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1347718,** deu entrada na unidade dia 24/05/2026 às 16:20, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de emergência. Paciente com desfecho de alta em 25/05/2026 às 15:00.

19. **Paciente L.C.C, 49 anos, sexo masculino, Prontuário N° 131894,** deu entrada na unidade dia 27/05/2026 às 20:04, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 28/05/2026 às 14:30.

20. **Paciente E.M.N.C, 74 anos, sexo feminino, Prontuário N° 5183,** deu entrada na unidade dia 28/05/2026 às 23:36, onde foi aberto protocolo de sepse de foco urinário, no setor de emergência. Paciente com desfecho de alta em 30/05/2026 às 10:00.

21. **Paciente S.P.M, 51 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1307235**, deu entrada na unidade dia 30/05/2026 às 19:40, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência em 31/05/2026 às 07:30.
22. **Paciente M.M.S.S, 25 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1346976**, deu entrada na unidade dia 30/05/2026 às 01:08, onde foi aberto protocolo de sepse de foco abdominal, no setor de classificação. Paciente com desfecho de alta em 30/05/2026 às 18:26.
23. **Paciente P.S.S, 73 anos, sexo feminino, Prontuário N° 56460**, deu entrada na unidade dia 30/05/2026 às 23:50, onde foi aberto protocolo de sepse de foco pulmonar, no setor de emergência. Paciente com desfecho de evasão em 31/05/2026 às 14:30.
24. **Paciente A.V, 49 anos, sexo masculino, Prontuário N° 50271**, deu entrada na unidade dia 29/05/2026 às 14:38, onde foi aberto protocolo de sepse de foco cutâneo, no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência em 31/05/2026 às 23:59
25. **Paciente R.M.O.C, 75 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1356551**, deu entrada na unidade dia 31/05/2026 às 18:46, onde foi aberto protocolo de sepse de foco misto, no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência em 31/05/2026 às 23:59
26. **Paciente G.G.S, 94 anos, sexo feminino, Prontuário N° 26424**, deu entrada na unidade dia 27/05/2026 às 14:01, onde foi aberto protocolo de sepse de foco urinário, no setor de emergência. Paciente com desfecho de óbito em 29/05/2026 às 23:33.

5.1.10 Manejo da Coordenação do Cuidado

5.1.10.1 Coordenação do Cuidado IAM

TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO IAM DA MICRORREGIÃO													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
TOTAL	7	9	4	2	3								

Análise crítica: O acompanhamento dos pacientes inseridos na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), incluindo os casos com e sem supradesnivelamento do segmento ST, demonstra importante fortalecimento da articulação entre os diferentes níveis de atenção e consolidação dos fluxos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde.

No período analisado, observou-se que 100% (cem por cento) dos pacientes acompanhados pela linha de cuidado foram devidamente referenciados às respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), garantindo a continuidade do acompanhamento clínico após a alta hospitalar ou conclusão do atendimento de urgência. Esse resultado evidencia a efetividade dos mecanismos de contrarreferência adotados pela unidade e reforça o compromisso institucional com a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

A integração entre os serviços de urgência, a Atenção Primária à Saúde e a rede hospitalar favorece o monitoramento sistemático dos pacientes, possibilitando o acompanhamento da evolução clínica, a adesão ao tratamento medicamentoso e a implementação de medidas voltadas à prevenção secundária dos eventos cardiovasculares. Essa atuação coordenada contribui para a redução de complicações, diminuição do risco de reinternações e melhoria dos desfechos em saúde.

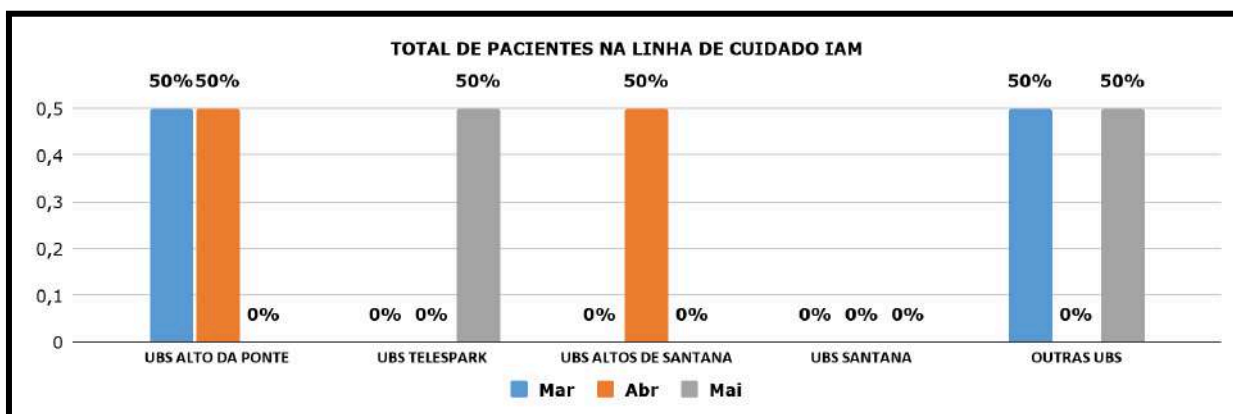
Outro aspecto relevante refere-se ao fortalecimento da comunicação entre os diferentes pontos da rede assistencial. O compartilhamento das informações clínicas e dos desfechos assistenciais permite maior rastreabilidade dos casos,

qualifica o acompanhamento territorial e amplia a capacidade de intervenção precoce diante de situações de risco identificadas durante o seguimento dos pacientes.

Além disso, a inserção dos usuários na Atenção Primária possibilita o desenvolvimento de ações voltadas à reabilitação cardiovascular, educação em saúde e controle dos fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, tabagismo, sedentarismo e excesso de peso. Essas estratégias desempenham papel fundamental na prevenção de novos eventos cardiovasculares e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Os resultados observados evidenciam o amadurecimento da linha de cuidado do IAM e demonstram que os fluxos de referência e contrarreferência encontram-se adequadamente estruturados, favorecendo uma assistência integrada, contínua e centrada nas necessidades dos usuários.

Na sequência, apresenta-se a distribuição territorial das Unidades Básicas de Saúde responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes inseridos na linha de cuidado do IAM, permitindo visualizar a abrangência da assistência prestada e o alcance das ações de integração entre os diferentes componentes da Rede de Atenção à Saúde.



Análise crítica: A avaliação da distribuição dos pacientes inseridos na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) durante o mês de maio demonstra adequada operacionalização dos fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Todos os pacientes acompanhados no período foram devidamente encaminhados às respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência, garantindo a continuidade do acompanhamento clínico após a fase aguda do evento cardiovascular.

A vinculação dos pacientes à Atenção Primária à Saúde representa uma etapa estratégica para o seguimento longitudinal, possibilitando o monitoramento dos fatores de risco cardiovasculares, o acompanhamento da adesão terapêutica e a implementação de medidas voltadas à prevenção secundária. Esse processo contribui diretamente para a redução da recorrência de eventos cardiovasculares e para a melhoria dos desfechos clínicos a longo prazo.

No período analisado, observou-se distribuição homogênea dos casos encaminhados, sendo 50% (cinquenta por cento) direcionados à UBS Telespark e 50% (cinquenta por cento) às demais unidades de referência da microrregião. Esse resultado demonstra equilíbrio na absorção da demanda assistencial e evidencia a efetiva articulação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde.

Embora o quantitativo de pacientes acompanhados no período seja reduzido, destaca-se que todos os encaminhamentos ocorreram de forma adequada, respeitando os critérios territoriais e garantindo a inserção dos usuários no serviço responsável pelo acompanhamento de sua área de abrangência. Esse aspecto reforça a organização dos processos assistenciais e a efetividade das estratégias adotadas para coordenação do cuidado.

Além de assegurar o acompanhamento clínico contínuo, a integração com a Atenção Primária favorece o desenvolvimento de ações educativas, o controle das doenças crônicas associadas e a identificação precoce de fatores que possam

aumentar o risco de novos eventos cardiovasculares. Dessa forma, fortalece-se a atuação preventiva da rede e amplia-se a resolutividade da assistência prestada.

De maneira geral, os resultados demonstram maturidade dos fluxos assistenciais relacionados à linha de cuidado do IAM, evidenciando integração efetiva entre os níveis de atenção, fortalecimento da coordenação do cuidado e compromisso institucional com a continuidade da assistência. Esses fatores contribuem para maior segurança do paciente, qualificação do seguimento pós-evento e consolidação de uma rede assistencial mais eficiente e centrada nas necessidades dos usuários.

5.1.10.2 Linha de Cuidado AVC

TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO AVC DA MICRORREGIÃO													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
TOTAL	6	6	3	13	13								

Análise crítica: A avaliação dos pacientes inseridos na linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) durante o mês de maio demonstra desempenho satisfatório no que se refere à continuidade assistencial e à articulação entre os diferentes componentes da Rede de Atenção à Saúde. O encaminhamento de 100% (cem por cento) dos pacientes para acompanhamento na Atenção Primária à Saúde evidencia a efetividade dos fluxos de referência e contrarreferência adotados pela unidade, garantindo a manutenção do cuidado após a fase aguda do evento neurológico.

Esse resultado reforça a importância da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e responsável pelo acompanhamento longitudinal dos pacientes, desempenhando papel fundamental no monitoramento clínico, na adesão ao tratamento medicamentoso e no controle dos fatores de risco associados à recorrência do AVC, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias, tabagismo e sedentarismo.

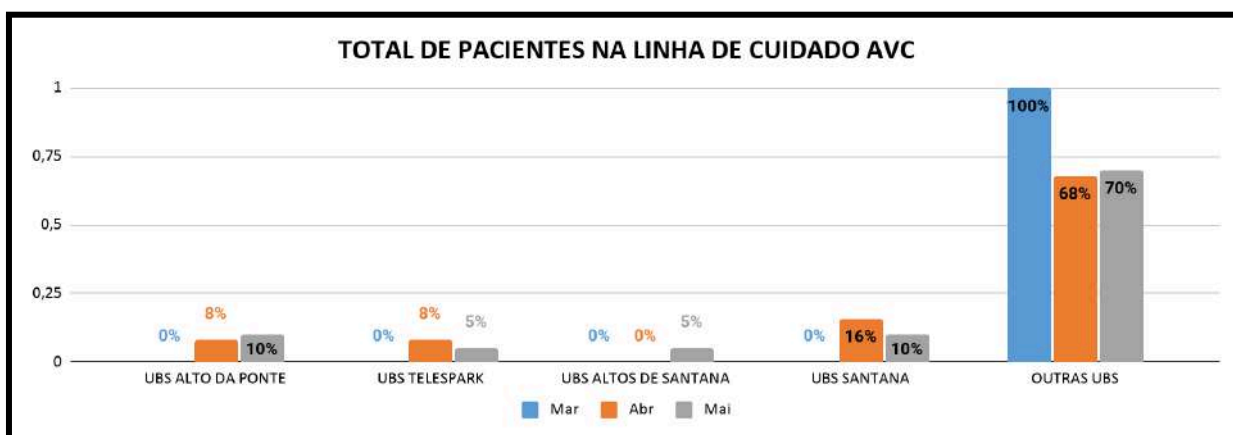
A adequada inserção dos pacientes na rede territorial também favorece a implementação de ações voltadas à reabilitação funcional, recuperação da autonomia e reintegração social, aspectos essenciais para a melhoria da qualidade de vida e redução das limitações decorrentes do evento cerebrovascular. Além disso, o acompanhamento contínuo possibilita a identificação precoce de intercorrências e a adoção de intervenções oportunas diante de situações de maior vulnerabilidade clínica.

Sob a perspectiva da gestão assistencial, os resultados observados demonstram maturidade dos processos relacionados à transição do cuidado, evidenciando

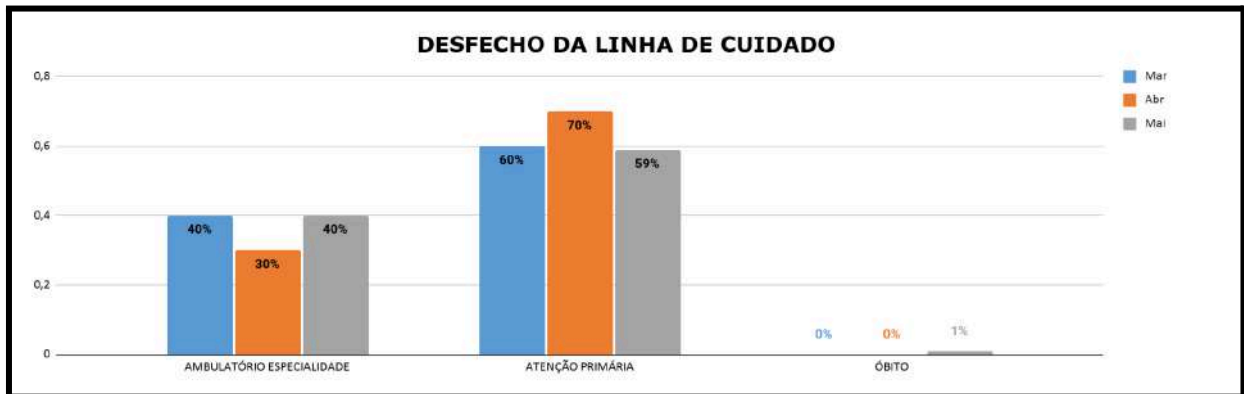
comunicação efetiva entre os serviços e alinhamento das equipes quanto à importância da continuidade assistencial. A consolidação desses fluxos contribui para maior segurança do paciente e fortalece a integralidade da assistência prestada.

Embora os encaminhamentos tenham ocorrido de forma integral e adequada, permanece relevante o acompanhamento sistemático de indicadores relacionados aos desfechos clínicos desses pacientes, incluindo adesão ao seguimento na Atenção Primária, controle dos fatores de risco cardiovasculares, funcionalidade após o evento e ocorrência de reinternações. O monitoramento desses parâmetros permite avaliar a efetividade da linha de cuidado e direcionar ações de melhoria contínua.

De maneira geral, os resultados refletem uma linha de cuidado estruturada, com adequada integração entre os níveis de atenção e forte compromisso com a continuidade da assistência. O cenário observado demonstra avanços importantes na organização dos processos assistenciais e reforça a necessidade de manutenção das estratégias de acompanhamento e qualificação permanente das práticas de cuidado, visando melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida para os pacientes acometidos por AVC.



5.1.10.3 Linha de Cuidado SEPSE.



Análise crítica: A avaliação dos indicadores assistenciais demonstra que 26 (vinte e seis) pacientes preencheram os critérios clínicos e diagnósticos para permanência na linha de cuidado da sepse. Embora esse quantitativo representa uma parcela dos protocolos inicialmente abertos, o resultado evidencia a efetividade do processo de triagem e da vigilância clínica adotados pela unidade, permitindo a adequada identificação dos pacientes com maior probabilidade de evolução para quadros sépticos.

A relação entre os casos suspeitos e os efetivamente confirmados sugere adequada aplicação dos critérios institucionais para abertura e manutenção do protocolo, refletindo equilíbrio entre a sensibilidade necessária para o reconhecimento precoce da sepse e a especificidade exigida para utilização racional dos recursos assistenciais. Esse cenário contribui para minimizar riscos relacionados ao subdiagnóstico, ao mesmo tempo em que evita a permanência desnecessária de pacientes em protocolos de alta complexidade.

Os resultados observados demonstram fortalecimento dos processos assistenciais e evidenciam atuação técnica consistente das equipes multiprofissionais, com capacidade de reconhecer precocemente alterações clínicas sugestivas de infecção grave e promover intervenções oportunas. A adoção de condutas padronizadas e alinhadas às diretrizes institucionais favorece maior segurança assistencial, otimização dos fluxos de atendimento e melhor utilização dos recursos disponíveis.

Além disso, o desempenho alcançado reforça a consolidação de uma cultura assistencial voltada para a identificação precoce de agravos tempo-dependentes, contribuindo para redução de atrasos diagnósticos e qualificação do manejo clínico dos pacientes elegíveis à linha de cuidado.

Sob a perspectiva da melhoria contínua, permanece importante ampliar o monitoramento de indicadores complementares relacionados ao desempenho do protocolo, incluindo tempo para reconhecimento da suspeita clínica, tempo para início das intervenções terapêuticas, adesão aos componentes do pacote assistencial e evolução clínica dos pacientes acompanhados. A análise integrada desses parâmetros permitirá uma avaliação mais abrangente da efetividade do processo assistencial e identificação de oportunidades para aperfeiçoamento dos fluxos existentes.

De maneira geral, os resultados demonstram evolução consistente na operacionalização da linha de cuidado da sepse, evidenciando maior assertividade na triagem, fortalecimento da vigilância clínica e integração eficiente entre os diferentes setores envolvidos na assistência. Esses avanços reforçam o compromisso institucional com a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a busca permanente pela excelência dos processos assistenciais.

5.1.10.4 Linha de Cuidado TRAUMA



Análise crítica: A avaliação dos pacientes inseridos na linha de cuidado do trauma no período analisado demonstra elevado grau de conformidade com os critérios assistenciais estabelecidos, evidenciado pela inclusão de 10 (dez) pacientes elegíveis, todos atendidos em sala vermelha em decorrência da gravidade clínica apresentada. Esse resultado reflete adequada aplicação dos protocolos institucionais, correta estratificação de risco e utilização criteriosa dos recursos destinados ao atendimento de pacientes críticos.

A totalidade dos casos acompanhados pela linha de cuidado foi devidamente inserida no fluxo assistencial correspondente, demonstrando alinhamento entre a identificação da gravidade, a tomada de decisão clínica e a execução das condutas previstas nos protocolos vigentes. Esse desempenho reforça a consistência dos processos internos e evidencia maturidade operacional na condução dos casos de maior complexidade.

Outro aspecto relevante refere-se à efetividade da articulação com os serviços de referência da rede de atenção à saúde. Todos os pacientes receberam estabilização inicial na unidade e foram transferidos de forma segura para continuidade da assistência especializada, assegurando a integralidade do cuidado e reduzindo potenciais riscos relacionados à descontinuidade assistencial. A

adequada coordenação entre os diferentes pontos da rede contribui diretamente para melhores desfechos clínicos e maior segurança do paciente.

Destaca-se também a ausência de evasões entre os pacientes atendidos em sala vermelha, com permanência de 100% (cem por cento) dos casos até a conclusão das condutas assistenciais e definição do desfecho adequado. Esse resultado demonstra efetividade na gestão dos pacientes críticos, além de evidenciar confiança dos usuários e familiares no processo assistencial conduzido pela equipe multiprofissional.

Os indicadores observados sugerem adequada organização dos fluxos de atendimento, rápida mobilização dos recursos necessários e comprometimento das equipes com a assistência aos casos graves. A atuação integrada entre os profissionais envolvidos permitiu a manutenção da qualidade assistencial mesmo diante de situações que demandam elevada complexidade e tomada de decisão em tempo oportuno.

Sob a perspectiva da melhoria contínua, recomenda-se a ampliação do monitoramento de indicadores específicos relacionados ao desempenho da linha de cuidado, incluindo tempo porta-atendimento, tempo para estabilização clínica, tempo para definição de transferência e tempo total de permanência em sala vermelha. A análise desses parâmetros permitirá uma avaliação mais detalhada da eficiência operacional e identificação de oportunidades para otimização dos processos assistenciais.

De maneira geral, os resultados demonstram uma linha de cuidado do trauma bem estruturada, sustentada por protocolos consolidados, adequada integração entre os serviços da rede e forte compromisso das equipes com a segurança do paciente, a qualidade da assistência e a excelência no atendimento às urgências e emergências de maior gravidade.

5.1.11 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS



Análise crítica: No mês de Maio de 2026, esta Unidade de Pronto Atendimento registrou 49 pacientes atendidos na classificação cor azul, conforme o Protocolo de Classificação de Risco, caracterizando casos de baixa complexidade assistencial.

Observa-se que os usuários atendidos não apresentavam sinais ou sintomas de gravidade, sendo predominantes quadros clínicos leves ou inespecíficos, que não demandam intervenções imediatas no contexto da urgência e emergência. Tal perfil de atendimento evidencia a utilização do serviço para demandas que poderiam ser resolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

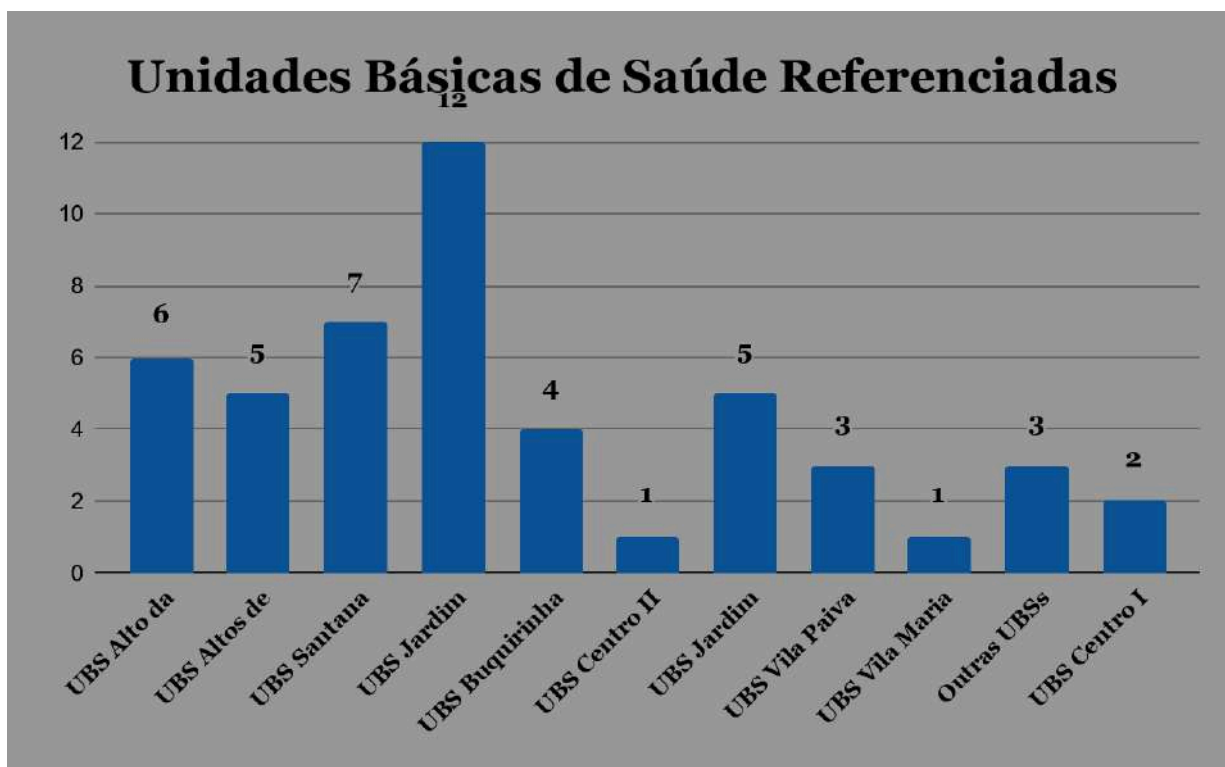
Após o acolhimento e atendimento inicial, todos os pacientes receberam orientações pertinentes e foram devidamente encaminhados às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência do município de São José dos Campos, assegurando a continuidade do cuidado e o acompanhamento adequado, em consonância com os princípios da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A distribuição dos encaminhamentos por UBS ocorreu conforme descrito a seguir:

- * UBS Alto da Ponte: 6 pacientes
- * UBS Altos de Santana: 5 pacientes
- * UBS Santana: 7 pacientes
- * UBS Jardim Telespark: 12 pacientes

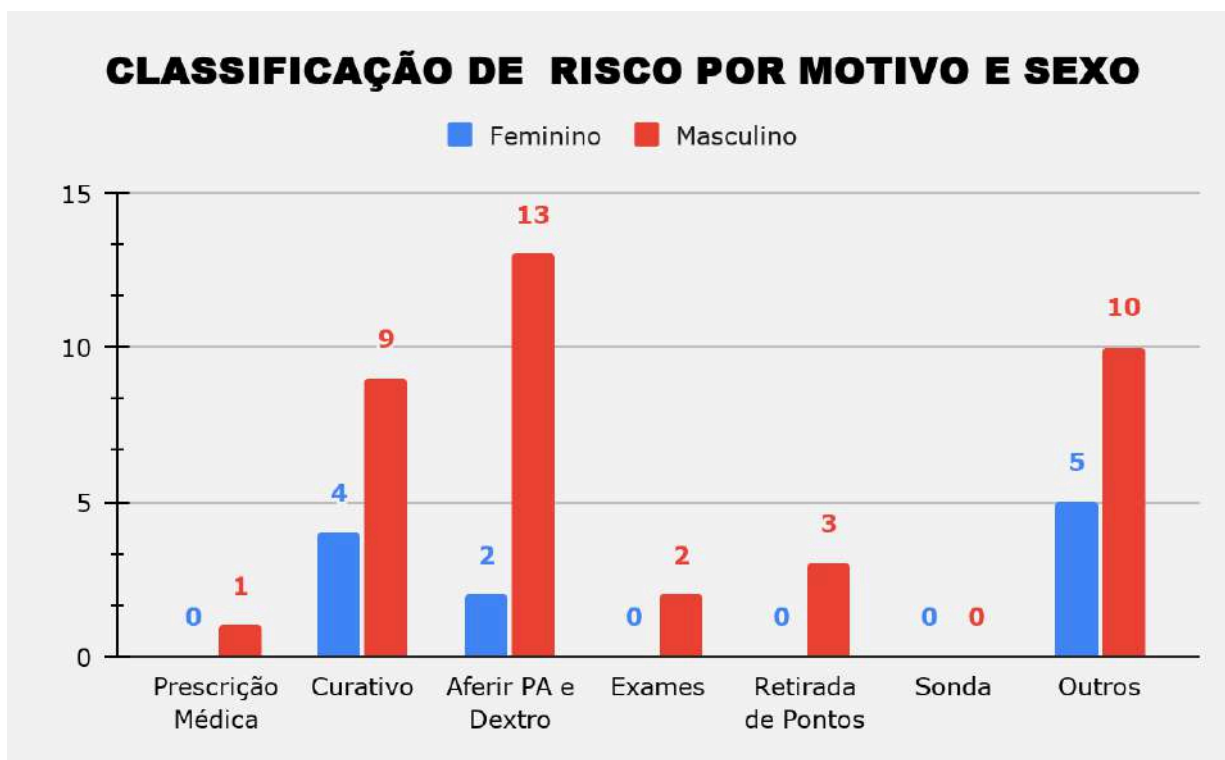
- * UBS Buquirinha: 4 pacientes
- * UBS Centro I: 2 pacientes
- * UBS Centro II: 1 paciente
- * UBS Jardim Paulista: 5 pacientes
- * UBS Vila Paiva: 3 pacientes
- * UBS Vila Maria: 1 paciente
- * Outras UBSs: 3 pacientes

A análise dos dados reforça a necessidade de fortalecimento das ações de educação em saúde e de orientação da população quanto ao uso adequado dos serviços da rede, visando otimizar o fluxo assistencial e garantir maior resolutividade na APS, além de preservar a capacidade de resposta da UPA para atendimentos de maior complexidade.



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).



Análise por Tipo de Atendimento e Distribuição por Sexo – Maio de 2026

- ❖ **Curativos:** Foram realizados 13 atendimentos, sendo 4 em pacientes do sexo feminino e 9 em pacientes do sexo masculino. Observa-se predominância masculina nesse procedimento, o que pode estar relacionado à maior exposição desse público a situações de risco, acidentes e lesões traumáticas, especialmente em ambientes laborais e atividades que demandam maior esforço físico.
- ❖ **Exames:** Registraram-se 2 atendimentos, ambos realizados em pacientes do sexo masculino, evidenciando predominância exclusiva desse público na demanda observada durante o período.

- ❖ **Prescrição Médica:** Foi contabilizado 1 atendimento, realizado em paciente do sexo masculino, mantendo a predominância masculina entre os procedimentos registrados.
- ❖ **Outros Atendimentos:** Totalizaram 15 registros, dos quais 5 foram destinados ao sexo feminino e 10 ao sexo masculino, reforçando a maior utilização dos serviços por homens nessa categoria.
- ❖ **Aferição de Glicemia Capilar (Dextro) e Pressão Arterial (PA):** Foram realizados 15 atendimentos, sendo 2 em pacientes do sexo feminino e 13 em pacientes do sexo masculino. Os dados demonstram maior procura do público masculino por esse tipo de monitoramento, possivelmente relacionada a queixas agudas ou acompanhamento pontual de condições clínicas.
- ❖ **Retirada de Pontos:** Foram realizados 3 atendimentos, todos em pacientes do sexo masculino, mantendo o padrão de predominância observado nos demais procedimentos.
- ❖ **Sondagem:** Não houve registros desse procedimento durante o mês de maio de 2026.

Análise Crítica: A análise dos atendimentos realizados em maio de 2026 evidencia a predominância do sexo masculino em todos os procedimentos executados pela unidade, demonstrando maior procura desse público pelos serviços ofertados. Esse cenário sugere uma demanda mais frequente por intervenções relacionadas a agravos agudos, lesões, acompanhamento clínico e procedimentos de baixa complexidade.

Tal perfil pode estar associado à maior exposição dos homens a acidentes e situações de risco, especialmente no contexto ocupacional, bem como à menor adesão às ações preventivas e ao acompanhamento regular na Atenção Primária à Saúde (APS). Como consequência, observa-se uma maior necessidade de atendimentos voltados à resolução de condições já instaladas.

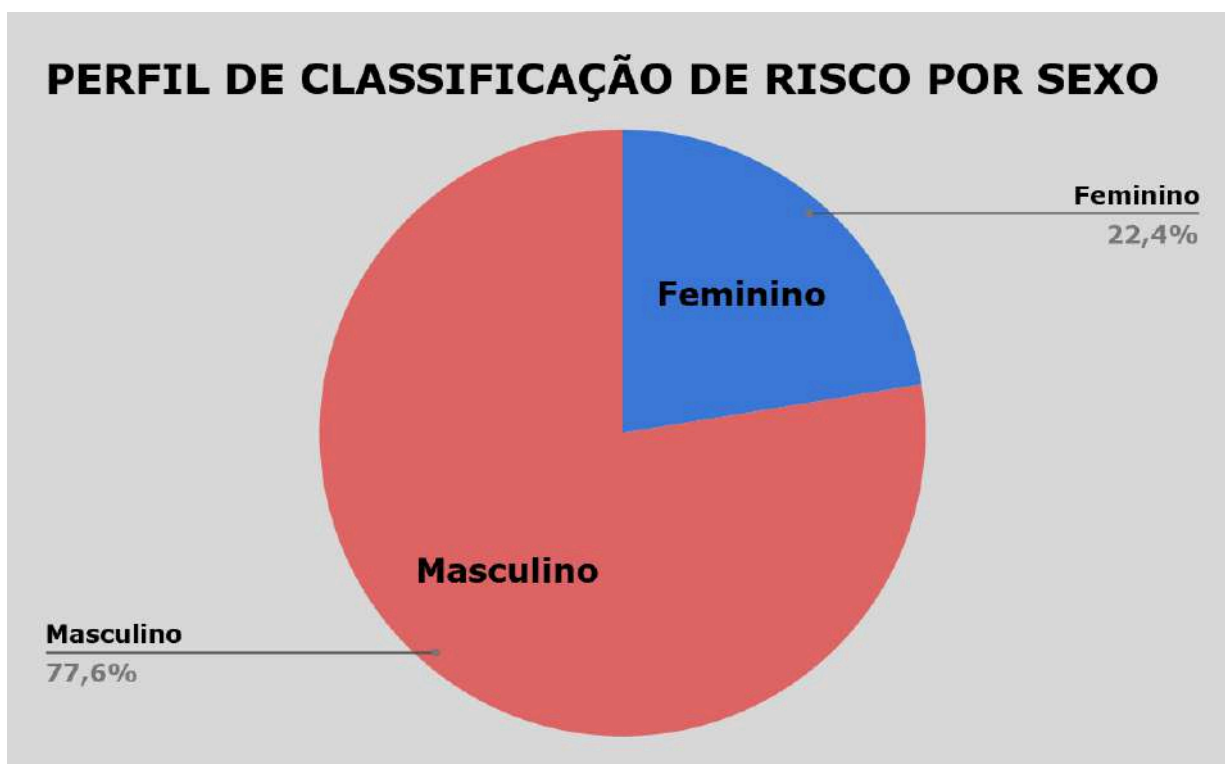
Destaca-se, ainda, a adequada organização do fluxo assistencial da unidade, evidenciada pela realização dos procedimentos de forma oportuna e resolutiva,

contribuindo para a continuidade do cuidado, para a satisfação dos usuários e para a redução de demandas desnecessárias em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Diante dos resultados observados, reforça-se a importância do fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e educação em saúde, com atenção especial à população masculina. Estratégias que estimulem o autocuidado, a realização de consultas periódicas e o acompanhamento regular na APS podem contribuir para a detecção precoce de agravos, a redução de complicações evitáveis e o fortalecimento da assistência integral à saúde.

5.1.12 Perfil da classificação de risco azul por sexo

O gráfico "Perfil da Classificação Azul por Sexo" apresenta uma comparação entre os sexos masculino e feminino, evidenciando a frequência com que cada um busca ou é classificado dentro do sistema azul.



Principais Observações: Observou-se maior frequência de atendimentos classificados como “azul” — correspondentes a casos de baixa complexidade — entre usuários do sexo masculino (77,6%). Esse resultado sugere uma tendência desse grupo em recorrer aos serviços de saúde, especialmente os de urgência e emergência, para demandas de menor gravidade e caráter pontual.

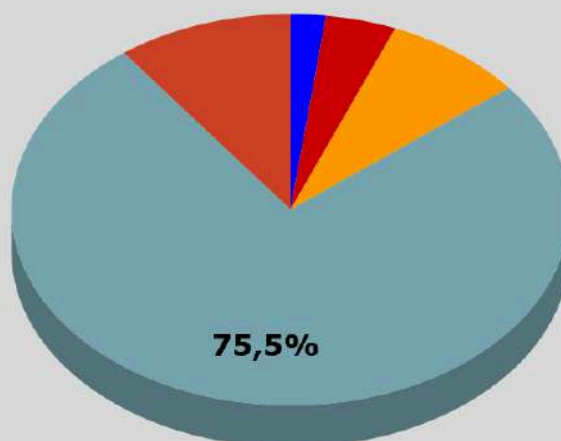
Embora a diferença entre os gêneros seja expressiva, os achados possuem relevância analítica ao evidenciarem um padrão comportamental recorrente entre os homens na utilização de atendimentos não urgentes. Tal perfil pode indicar menor vinculação longitudinal com a Atenção Primária à Saúde (APS), refletindo um uso mais episódico, reativo e centrado na resolução imediata das demandas, inclusive aquelas passíveis de manejo nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Possíveis motivações: A maior presença masculina nos atendimentos de baixa complexidade pode estar associada a demandas pontuais de natureza técnica, como prescrição médica, realização de curativos, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, exames, retirada de pontos e outros procedimentos, conforme evidenciado nos dados analisados.

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.

PERFIL POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR FAIXA ETÁRIA



● 0 a 8 anos ● 9 a 18 anos ● 19 a 30 anos ● 31 a 65 anos ● 66 a mais

Análise Crítica: A distribuição dos atendimentos classificados como “Azul”, correspondentes a casos de baixa complexidade, evidencia um padrão relevante no perfil de utilização da unidade, demonstrando que parte significativa da demanda atendida poderia ser absorvida por outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Observa-se que a **faixa etária de 31 a 65 anos** concentrou o maior número de registros, totalizando 37 atendimentos. Esse resultado sugere que adultos em idade produtiva recorrem com frequência ao serviço de urgência para situações de menor gravidade, possivelmente em razão da dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em horários compatíveis com a jornada de trabalho, da busca por atendimento imediato ou da percepção de maior resolutividade da UPA em comparação aos serviços de atenção básica.

A **faixa etária de 66 anos ou mais** apresentou 5 atendimentos, configurando o segundo maior quantitativo dentro dessa classificação. Embora o número seja inferior ao observado entre adultos, o dado merece atenção por envolver uma população com maior prevalência de doenças crônicas e maior vulnerabilidade

clínica. Esse cenário reforça a importância do acompanhamento longitudinal e sistemático na APS, visando à prevenção de descompensações e à redução da procura por serviços de urgência para condições manejáveis no território.

Na sequência, a faixa etária de 19 a 30 anos registrou 4 atendimentos. O resultado demonstra que os jovens adultos também utilizam a UPA para demandas de baixa complexidade, possivelmente motivados pela facilidade de acesso, rapidez no atendimento e menor vinculação aos serviços de atenção básica.

A população de 9 a 18 anos contabilizou 2 atendimentos classificados como "Azul". Embora represente um quantitativo reduzido, a presença desse grupo etário pode indicar a necessidade de fortalecimento das ações de promoção da saúde, acompanhamento preventivo e orientação às famílias quanto à utilização adequada dos diferentes níveis de atenção à saúde.

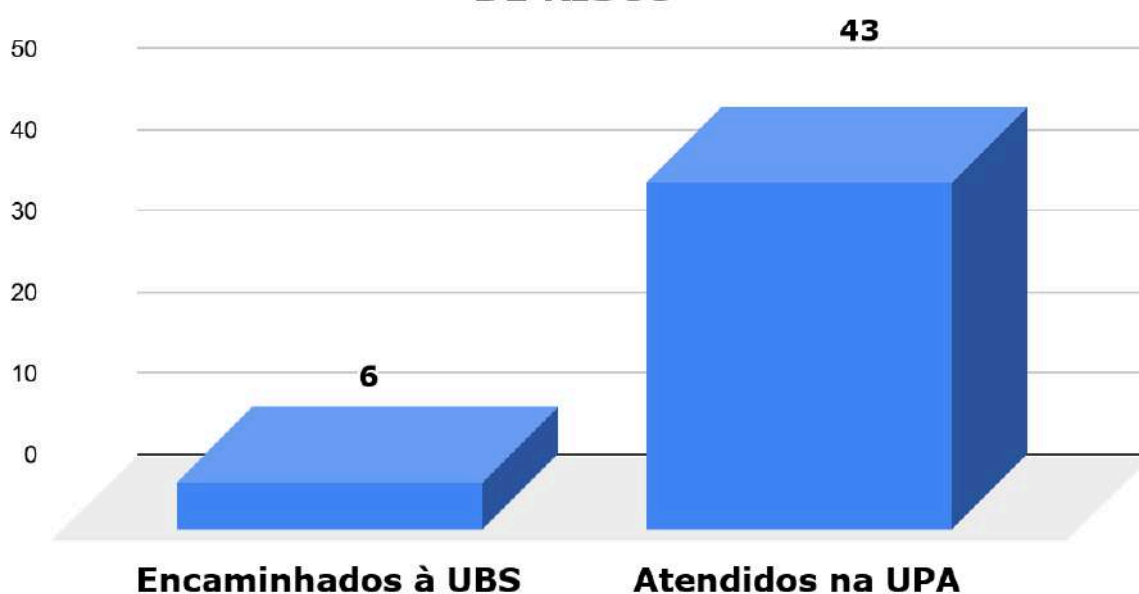
Por fim, a faixa etária de 0 a 8 anos registrou 1 atendimento, demonstrando baixa representatividade no período analisado. Ainda assim, é importante considerar que a procura por serviços de urgência nessa faixa etária frequentemente está associada à insegurança dos responsáveis diante de sinais e sintomas considerados de menor gravidade.

De modo geral, os dados evidenciam a utilização expressiva da UPA para atendimentos não urgentes, especialmente entre a população adulta. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecer a articulação entre a UPA e a Atenção Primária à Saúde, ampliar o acesso aos serviços básicos, qualificar os processos de acolhimento e orientação aos usuários e investir em ações de educação em saúde que promovam o uso adequado da rede assistencial. Tais medidas podem contribuir para a redução da demanda de baixa complexidade na unidade, favorecendo maior eficiência no atendimento dos casos efetivamente urgentes e emergentes.

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.

DESFECHO DE ATENDIMENTOS POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Análise Crítica: A partir dos dados analisados, verificou-se que 43 pacientes (87,76%) optaram por permanecer em atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), enquanto apenas 6 (12,24%) aceitaram o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência no primeiro dia útil subsequente. Destaca-se que a maioria desses atendimentos ocorreu fora do horário de funcionamento das UBSs, aspecto que possivelmente influenciou a decisão dos usuários de permanecer na UPA, mesmo em situações classificadas como de baixa complexidade.

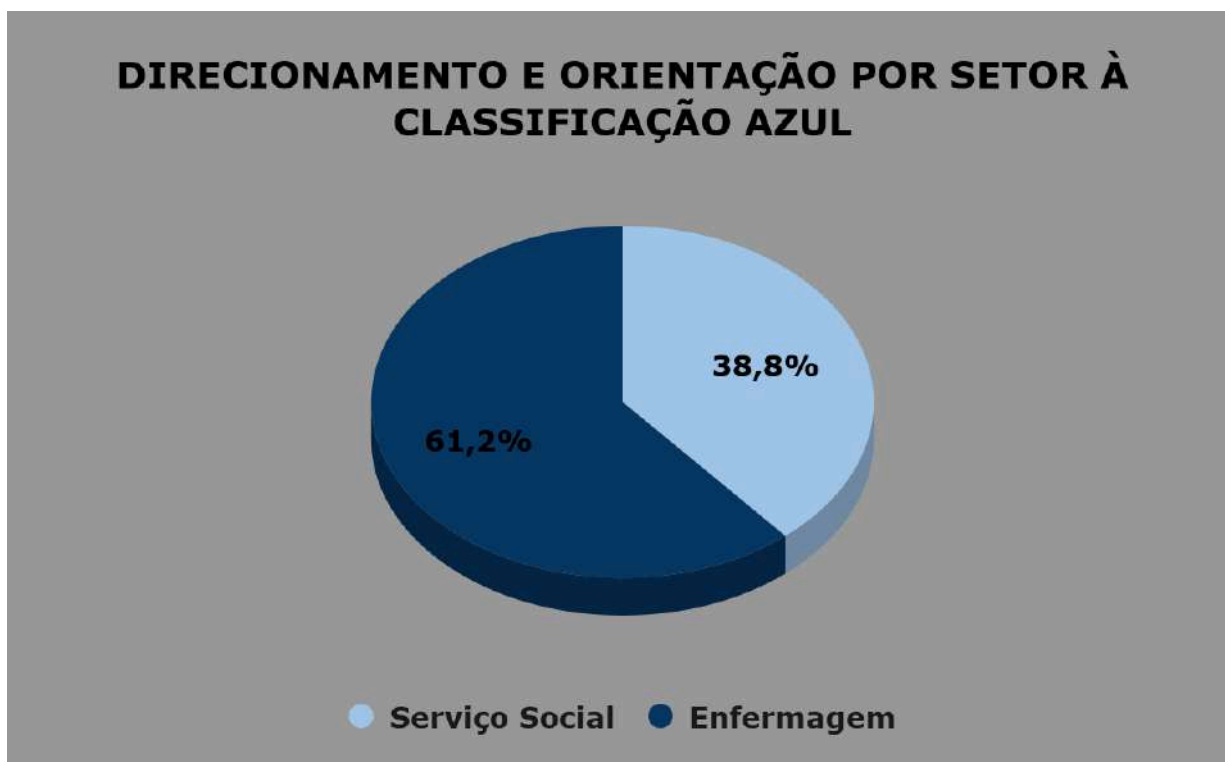
Interpretação dos resultados: A elevada permanência na UPA sugere a presença de uma percepção, por parte dos usuários, de maior resolutividade, segurança e conveniência associada aos serviços de urgência e emergência. Esse comportamento pode estar relacionado a múltiplos fatores, como o desconhecimento acerca da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de seus fluxos assistenciais, a ausência de vínculo ou a baixa familiaridade com a UBS de referência, além da busca por atendimento imediato, independentemente

da gravidade do quadro clínico. Ademais, fatores estruturais — como a limitação do horário de funcionamento das UBSs — exercem influência significativa nesse padrão de utilização dos serviços.

Encaminhamentos para a UBS: Embora em menor proporção, os 12,24% de usuários que aceitaram o redirecionamento demonstram maior adesão às orientações da equipe multiprofissional, reconhecendo a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS). Esse resultado evidencia que abordagens comunicacionais claras, qualificadas e humanizadas favorecem a adesão ao fluxo assistencial recomendado. Tal achado contribui para o fortalecimento da APS como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), além de promover maior integração entre os diferentes pontos da rede.

Considerações finais: As intervenções realizadas pelas equipes de Serviço Social e Enfermagem mostraram-se estratégicas para a qualificação do acolhimento, a adequada orientação dos usuários e a reorganização do fluxo assistencial. A atuação articulada entre esses profissionais favorece o uso mais racional dos serviços de saúde, contribui para a redução da sobrecarga da UPA por demandas de baixa complexidade e reforça o papel das UBSs na coordenação do cuidado. Dessa forma, os resultados evidenciam a importância de investimentos contínuos em educação em saúde, humanização do atendimento e comunicação efetiva como estratégias essenciais para a promoção do cuidado integral, o fortalecimento da APS e a otimização da gestão dos recursos públicos no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

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



Análise Crítica: No contexto dos atendimentos classificados como risco azul — caracterizados por situações de baixa complexidade e sem necessidade de intervenção imediata — observou-se uma atuação articulada e eficaz entre as equipes de Triagem/Enfermagem e Serviço Social. Essa integração mostrou-se fundamental para a oferta de orientações qualificadas e para o adequado encaminhamento das demandas, assegurando que os usuários fossem direcionados conforme o real nível de complexidade clínica.

Contribuições da atuação integrada: A cooperação entre os setores teve como principais objetivos garantir encaminhamentos compatíveis com a complexidade dos casos, esclarecer dúvidas recorrentes sobre o percurso assistencial e os diferentes níveis de atenção da rede, além de fortalecer o vínculo dos usuários

com a Atenção Primária à Saúde (APS), estimulando seu papel como porta de entrada do SUS.

Essa abordagem intersetorial demonstrou elevada efetividade no manejo das demandas não urgentes, contribuindo para a redistribuição de casos de baixa complexidade para serviços mais adequados fora da UPA, a melhoria do fluxo interno com otimização de recursos técnicos e humanos, e a redução da sobrecarga nos atendimentos de urgência, permitindo maior foco nos casos que realmente demandam cuidado imediato. Ademais, essa prática reafirma princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), como integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado, ao promover um uso mais racional e qualificado da rede assistencial.

Triagem/Enfermagem: A equipe de Enfermagem desempenhou papel central no acolhimento inicial, com um total de 30 pacientes orientados durante a triagem quanto à continuidade do cuidado na Unidade Básica de Saúde (UBS). Esse momento constitui etapa estratégica do atendimento, pois favorece o esclarecimento sobre o funcionamento da rede, contribui para o alinhamento das expectativas dos usuários, auxilia na redução de demandas de baixa complexidade na UPA e direciona os pacientes ao ponto de atenção mais apropriado.

Serviço Social: No mesmo período, 19 pacientes foram atendidos diretamente pelo Serviço Social, recebendo orientações individualizadas sobre o percurso assistencial adequado. Apesar da redução da equipe, o setor manteve atuação estratégica por meio da utilização de ferramentas de gestão, como o sistema Saludem e planilhas de acompanhamento de desfechos e condições de saúde, possibilitando a realização de encaminhamentos às UBSs, a articulação com as equipes da APS, a garantia da continuidade assistencial e o monitoramento dos atendimentos realizados.

Essa atuação fortalece a integração entre os níveis de atenção e contribui para maior eficiência do fluxo assistencial, especialmente nos casos classificados como risco azul, estando alinhada aos princípios de equidade, integralidade e coordenação do cuidado.

As Unidades Básicas de Saúde, por sua vez, exercem papel essencial no seguimento clínico após o atendimento na UPA, sendo responsáveis pela continuidade do plano terapêutico e pelo acompanhamento evolutivo dos pacientes.

O Serviço Social, ao atuar como elo entre a UPA e a APS, qualificou o processo de contrarreferência por meio de contato prévio com as UBSs, realizado via e-mail e telefone. Essa comunicação antecipada favorece o acolhimento planejado na atenção primária, evita descontinuidades na linha de cuidado e promove uma transição mais organizada e humanizada entre os serviços.

A integração entre a UPA e as UBSs configura-se como elemento essencial para a efetividade do cuidado aos pacientes classificados como risco azul. A articulação intersetorial contribui para ampliar a resolutividade para além do atendimento imediato, qualificar a comunicação entre os níveis de atenção, garantir a continuidade do cuidado, promover o uso racional dos recursos públicos e fortalecer a organização de uma rede de atenção integrada e centrada no usuário. Dessa forma, a prática intersetorial não apenas otimiza o fluxo assistencial, mas também reafirma o papel estratégico da APS como eixo estruturante da rede, consolidando um modelo de atenção orientado pela integralidade, eficiência e qualidade do cuidado, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

A seguir, seguem as tabelas de apresentação das UBSs Microrregião:

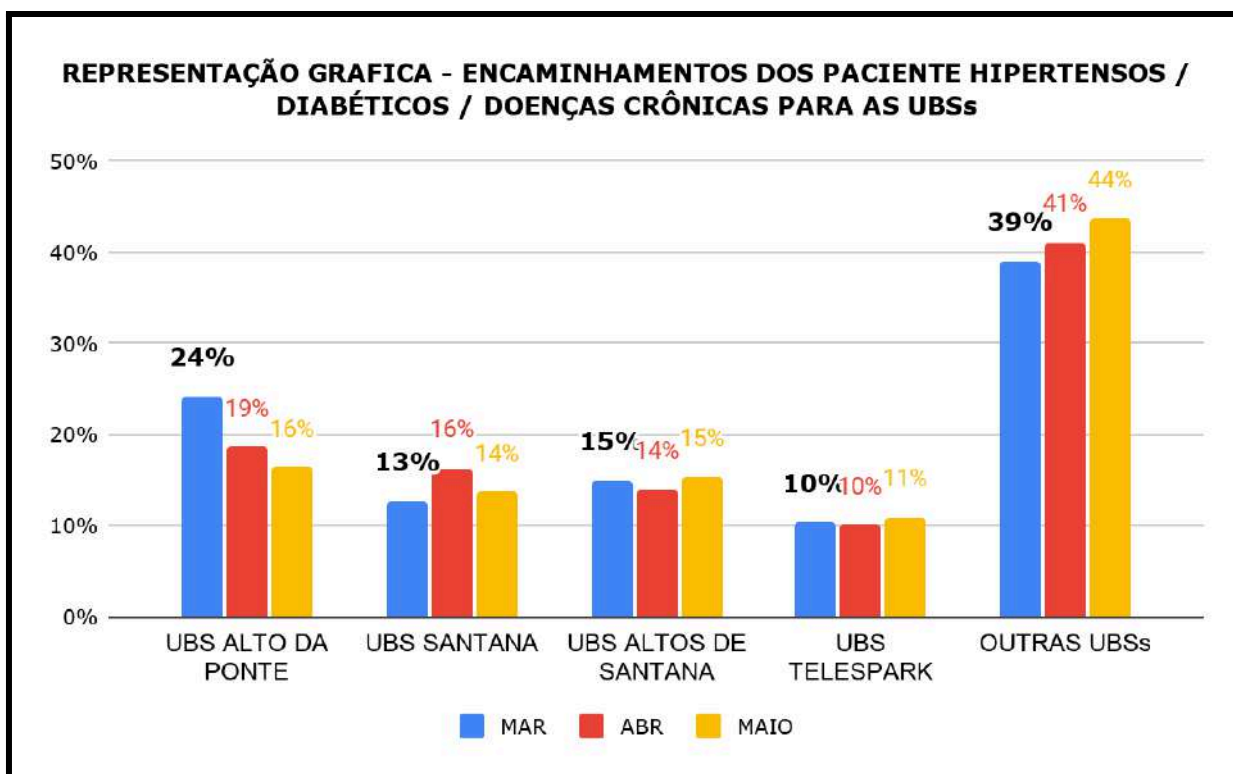
DATA	UBS	NOME	IDADE	SEXO	BAIRRO	CID	CLASSIF.	DESFECHO
02/05/2026 05:56	UBS ALTO DA PONTE	J. B. G.	66	M	ALTO DA PONTE	AFERIR PA	AZUL	SEM INFORMAÇÃO
03/05/2026 09:31:00	UBS ALTO DA PONTE	A. D. DA S. S.	40	F	ÁREA RURAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	CURATIVO	AZUL	CONSULTA AGENDADA 27/05/2026

03/05/2026 23:43:00	UBS ALTO DA PONTE	L. A. M.	47	F	CONJUNTO RESIDENCIAL VILA LEILA	AFERIR DEXTRO	AZUL	realizada tentativa de contato telefônico sem sucesso onde solicito busca ativa do acs
06/05/2026 23:08	UBS ALTO DA PONTE	M. DOS S. G. P.	59	F	AGUAS DE CANINDU	OUTROS	AZUL	SEM INFORMAÇÃO
16/05/2026 16:09:00	UBS ALTO DA PONTE	J. C. C.	75	M	VILA CÂNDIDA	OUTROS	AZUL	Solicito V.D. pela ACS para acompanhamento da rotina
24/05/2026 20:25:00	UBS ALTO DA PONTE	J. G. V.	81	M	VILA CÂNDIDA	EXAMES	AZUL	Solicito V.D. pela ACS para acompanhamento da rotina. Passou em consulta médica recente na UBS
10/05/2026 09:23	UBS ALTOS DE SANTANA	G. C. M.	22	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	RETIRADA DE PONTOS	AZUL	Agendado consulta, paciente realizou retirada de vesícula, mãe relata que paciente não consegue comparecer à UBS devido a horário de fechamento a não ser devido a consulta médica, portanto procurou a UPA
20/05/2026 11:29:00	UBS ALTOS DE SANTANA	T. A. C.	36	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	AZUL	CONSULTA AGENDADA 17/06/2026
21/05/2026 10:22:00	UBS ALTOS DE SANTANA	J. M. DA S.	63	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	OUTROS	AZUL	CONSULTA AGENDADA 14/08/2026
23/05/2026 18:04:00	UBS ALTOS DE SANTANA	M. A. DA S. T.	56	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	CURATIVO	AZUL	SEM INFORMAÇÃO
31/05/2026 18:13:00	UBS ALTOS DE SANTANA	D. C. S.	0	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	OUTROS	AZUL	ATENDIMENTO ESF - VISITA DOMICILIAR - Realizada em 20/05
09/05/2026 16:28:00	UBS SANTANA	E. R. DA S.	60	M	VILA ALEXANDRIA	CURATIVO	AZUL	Paciente comparece na unidade para realizar curativo.
14/05/2026 11:30:00	UBS SANTANA	D. M. DOS S.	37	M	JARDIM SANTA MATILDE	OUTROS	AZUL	PACIENTE NÃO PERTENCE À ABRANGÊNCIA

15/05/2026 06:11	UBS SANTANA	W. L.	65	M	ALTOS DA VILA PAIVA	AFERIR DEXTRO	AZUL	NÃO PASSA PELA UBS DESDE 08/2024
16/5/2026 18:56:00	UBS SANTANA	F. F. D.	38	M	SANTANA	EXAMES	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA EM 22/04
16/5/2026 19:24:00	UBS SANTANA	E. R. DA S.	60	M	VILA ALEXANDRINA	CURATIVO	AZUL	Paciente comparece na unidade para realizar curativo.
24/05/2026 11:14:00	UBS SANTANA	M. A. M.	64	F	SANTANA	CURATIVO	AZUL	Paciente comparece na unidade para realizar curativo.
26/05/2026 17:09:00	UBS SANTANA	A. B. L. S.	65	F	SANTANA	AFERIR DEXTRO	AZUL	Paciente ativo na unidade, realizada última consulta em 16/01/2026
06/05/2026 11:29:00	UBS JD TELESPARK	C. A. DA S.	57	M	VILA PAIVA	OUTROS	AZUL	pct alcoólatra já orientado, porém NÃO respeita orientações
9/5/2026 11:28:00	UBS JD TELESPARK	C. A. DA S.	57	M	VILA PAIVA	OUTROS	AZUL	pct alcoólatra já orientado, porém NÃO respeita orientações
14/05/2026 11:40:00	UBS JD TELESPARK	L. P. DOS S.	16	F	VILA UNIDOS	OUTROS	AZUL	Realizado tentativa de ctto sem sucesso, encaminhado para acs Edilson
16/05/2026 08:37	UBS JD TELESPARK	J. C. R. DA C.	65	M	VILA SINHÁ	AFERIR PA E DEXTRO	AZUL	Pct ciente conforme orientações.
16/05/2026 19:08:00	UBS JD TELESPARK	J. F. DOS S. F.	37	M	VILA SINHÁ	RETIRADA DE PONTOS	AZUL	pct orientado a procedimentos da ubs.
17/05/2026 08:32:00	UBS JD TELESPARK	J. C. R. DA C.	65	M	VILA SINHÁ	AFERIR PA E DEXTRO	AZUL	Pct ciente conforme orientações.
19/05/2026 03:41:00	UBS JD TELESPARK	F. R. V.	29	M	SANTANA	AFERIR PA	AZUL	Não pertence a Ubs Jd Telespark
19/05/2026 10:30:00	UBS JD TELESPARK	C. A. DA S.	57	M	VILA PAIVA	AFERIR PA	AZUL	pct alcoólatra já orientado, porém NÃO respeita orientações

21/05/2026 12:16:00	UBS JD TELESPARK	C. A. DA S.	57	M	VILA PAIVA	AFERIR PA	AZUL	pct alcoólatra já orientado, porém NÃO respeita orientações
27/05/2026 12:53:00	UBS JD TELESPARK	C. A. DA S.	57	M	VILA PAIVA	AFERIR PA	AZUL	pct alcoólatra já orientado, porém NÃO respeita orientações
28/05/2026 11:06:00	UBS JD TELESPARK	C. A. DA S.	57	M	VILA PAIVA	AFERIR PA	AZUL	pct alcoólatra já orientado, porém NÃO respeita orientações
30/5/2026 11:02:00	UBS JD TELESPARK	C. A. DA S.	57	M	VILA PAIVA	OUTROS	AZUL	pct alcoólatra já orientado, porém NÃO respeita orientações

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



Análise crítica: No mês de maio, foram registrados 183 (cento e oitenta e três) atendimentos relacionados a pacientes com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e outras condições crônicas ou infectocontagiosas, incluindo tuberculose e sífilis. Esse quantitativo evidencia a relevância desses agravos no perfil de demanda da unidade e reforça o papel estratégico do serviço de urgência no acolhimento e manejo de situações de agudização clínica ou descompensação de condições previamente estabelecidas.

A análise da origem dos usuários demonstra distribuição heterogênea entre os territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), destacando-se:

- UBS Alto da Ponte: 30 (trinta) pacientes, correspondendo a 16% (dezesseis por cento) dos atendimentos;
- UBS Santana: 25 (vinte e cinco) pacientes, representando 14% (quatorze por cento) da demanda;
- UBS Altos de Santana: 25 (vinte e cinco) pacientes, equivalente a 15% (quinze por cento) do total de atendimentos;
- UBS Telespark: 20 (vinte) pacientes, correspondendo a 11% (onze por cento) dos casos acompanhados;
- Demais UBSs: 80 (oitenta) pacientes, representando 44% (quarenta e quatro por cento) do total registrado no período.

A concentração de atendimentos em determinados territórios pode indicar necessidades específicas relacionadas ao acompanhamento longitudinal dos pacientes, à adesão terapêutica, ao acesso oportuno aos serviços da Atenção Primária ou ao controle clínico das doenças crônicas. Além disso, deve-se considerar que a procura pelos serviços de urgência também pode estar associada à percepção de agravamento dos sintomas, mesmo em situações passíveis de manejo no âmbito ambulatorial.

Sob a perspectiva assistencial, a recorrência de atendimentos por condições sensíveis ao acompanhamento contínuo reforça a importância do fortalecimento da coordenação do cuidado entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. A integração efetiva entre a urgência e a Atenção Primária favorece o compartilhamento de informações clínicas, a continuidade do seguimento e a adoção de estratégias voltadas à prevenção de novas descompensações.

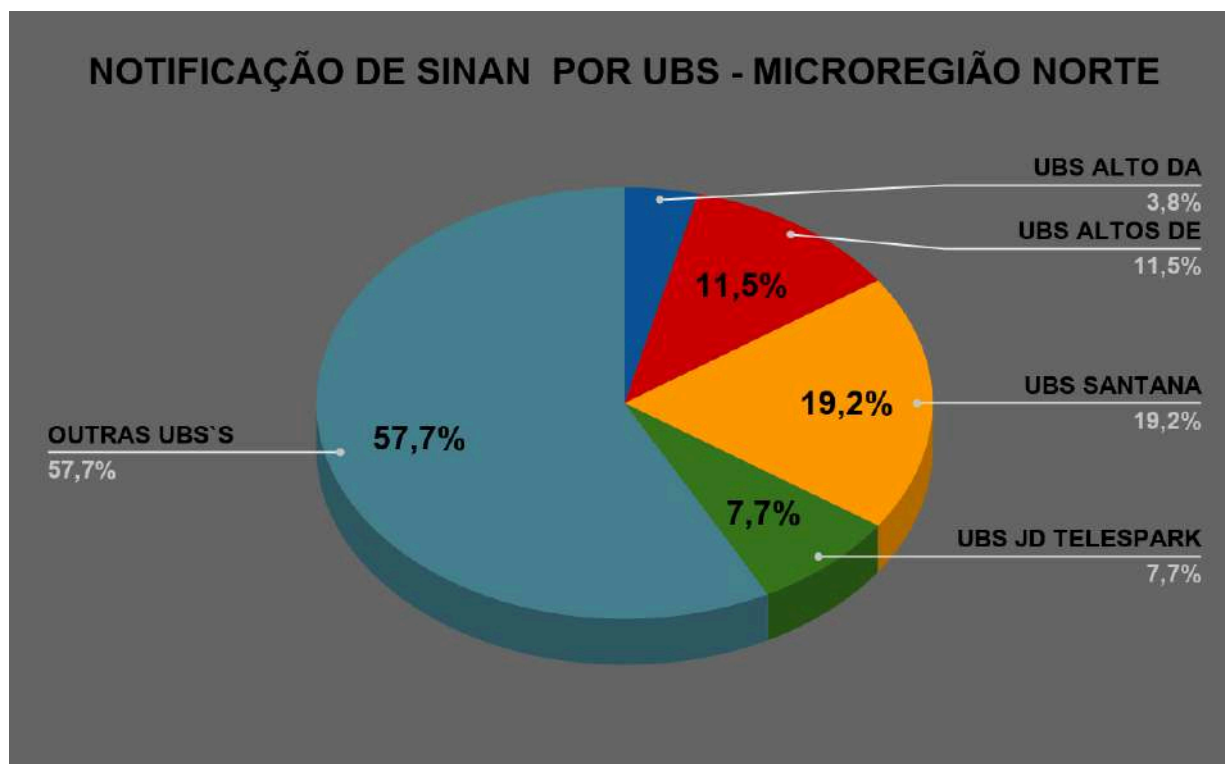
Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que 44% (quarenta e quatro por cento) dos usuários atendidos estavam vinculados a UBSs localizadas fora da microrregião de referência da unidade. Esse dado evidencia a abrangência regional do serviço e demonstra sua relevância como importante ponto de apoio

assistencial para populações de diferentes territórios. Ao mesmo tempo, reforça a necessidade de mecanismos eficientes de contra referência, garantindo que os pacientes retornem às suas unidades de origem para continuidade do acompanhamento clínico e monitoramento longitudinal.

Os resultados observados indicam oportunidades para ampliação das ações integradas entre os níveis assistenciais, especialmente no que se refere ao controle das condições crônicas, ao fortalecimento da adesão ao tratamento e à qualificação dos processos de acompanhamento territorial. Estratégias voltadas à educação em saúde, monitoramento de pacientes de maior risco e fortalecimento do vínculo com a Atenção Primária podem contribuir para redução de descompensações clínicas e utilização mais adequada dos serviços de urgência.

De forma geral, os indicadores analisados demonstram a importância da articulação entre os diferentes componentes da rede assistencial para o manejo das condições crônicas e infectocontagiosas. O cenário observado reforça a necessidade de manter ações voltadas à integração dos serviços, qualificação dos fluxos de cuidado e fortalecimento das estratégias de prevenção, promovendo maior resolutividade, continuidade da assistência e sustentabilidade do sistema de saúde.

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



Análise Crítica: No mês de Maio, foram registradas 26 notificações de violência nesta unidade. A distribuição dos casos entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Microrregião Norte evidencia heterogeneidades territoriais relevantes, permitindo inferências acerca de fatores estruturais, institucionais e socioculturais que influenciam tanto a ocorrência quanto a detecção e o registro dessas situações.

1. Distribuição das notificações por UBS da Microrregião Norte:

UBS Santana: 5 casos (19,2%)

A UBS Santana concentrou o primeiro maior quantitativo de notificações da microrregião. Esse resultado pode refletir tanto maior incidência de casos quanto

maior efetividade nos processos de identificação e notificação. A análise desse dado requer consideração de variáveis contextuais, como características sociodemográficas do território, organização do processo de trabalho e grau de sensibilização da equipe para o tema.

UBS Altos de Santana: 3 casos (11,5%)

Essa unidade apresenta o segundo maior volume relativo de notificações na microrregião. Tal achado pode estar associado a especificidades territoriais, mas também pode indicar fragilidades nos processos de identificação, registro e notificação. Alternativamente, não se descarta a ocorrência de subnotificação ou limitações no acesso da população aos serviços. Nesse sentido, recomenda-se a avaliação da capilaridade das ações de vigilância e do nível de qualificação das equipes para o manejo dessas situações.

UBS Jardim Telespark: 2 casos (7,7%)

A UBS Jardim Telespark registrou três notificações, configurando um volume intermediário. Esse resultado pode decorrer de uma combinação de fatores, incluindo a demanda real do território, o acesso aos serviços e a capacidade técnico-operacional da equipe para identificação e registro dos casos. Aspectos socioeconômicos e culturais também devem ser considerados, na medida em que influenciam tanto a incidência da violência quanto a disposição dos usuários em buscar apoio e formalizar denúncias.

UBS Alto da Ponte: 1 caso (3,8%)

A UBS Alto da Ponte apresentou o menor número de notificações entre as unidades da microrregião, totalizando 1 caso (3,8%) no período analisado. Esse resultado pode estar relacionado a uma menor ocorrência de situações de violência no território; entretanto, também deve ser analisado com cautela, considerando a possibilidade de subnotificação ou dificuldades na identificação dos casos.

Ainda assim, a realização da notificação demonstra a capacidade da equipe em reconhecer e registrar situações de violência, refletindo práticas alinhadas ao acolhimento qualificado, à escuta sensível e ao adequado manejo dessas

ocorrências. Ressalta-se que a baixa frequência de registros não deve ser interpretada, isoladamente, como ausência do fenômeno, mas sim como um indicador que demanda monitoramento contínuo e análise contextualizada das características do território e da população adscrita.

Nesse sentido, torna-se fundamental manter ações permanentes de sensibilização e capacitação das equipes, fortalecendo os processos de vigilância, identificação precoce e notificação compulsória, de modo a garantir maior visibilidade aos casos e qualificar as estratégias de proteção e cuidado às pessoas em situação de violência.

2. Notificações procedentes de outras unidades do município: 15 casos (57,7%)

Observa-se que a maior proporção de notificações é proveniente de outras unidades do município, evidenciando o caráter transversal e difuso da violência no território. Esse padrão reforça que o fenômeno não se restringe às áreas analisadas, demandando ações contínuas e articuladas de vigilância em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

3. Monitoramento e continuidade do cuidado:

O Serviço Social realiza o encaminhamento sistemático das notificações de violência às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos usuários na rede territorial. Esse processo é operacionalizado por meio de instrumentos de gestão e monitoramento, como a Planilha de Condições de Saúde e Desfecho de Pacientes, que possibilita o acompanhamento longitudinal dos casos, o registro dos desfechos e o fortalecimento da articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Essa estratégia contribui para a qualificação do cuidado, favorecendo a integração entre os serviços, o compartilhamento de informações relevantes e a construção de intervenções mais efetivas, centradas nas necessidades dos usuários e de suas famílias.

4. Fatores Condicionantes do Volume de Notificações: A quantidade de notificações registradas não reflete exclusivamente a ocorrência dos episódios de violência nos territórios, mas resulta da interação de múltiplos fatores sociais, institucionais e organizacionais que influenciam tanto a identificação quanto a formalização dos casos.

a) Determinantes Sociais da Saúde e Vulnerabilidade Social: Territórios marcados por desigualdades socioeconômicas tendem a apresentar maior exposição a diferentes formas de violência, incluindo violência doméstica, negligência, violência sexual e violência autoprovocada. Fatores como desemprego, insegurança alimentar, baixa escolaridade, moradia precária e fragilidade das redes de apoio social aumentam a vulnerabilidade das famílias e dificultam a interrupção dos ciclos de violência. Além disso, a naturalização dessas situações e o receio de rompimento de vínculos familiares podem reduzir a procura por ajuda e limitar a formalização das denúncias.

b) Capacidade Técnica e Sensibilidade das Equipes de Saúde: A qualificação dos profissionais constitui elemento fundamental para a identificação precoce e a adequada notificação das situações de violência. Equipes capacitadas e sensibilizadas apresentam maior capacidade para reconhecer sinais e indicadores, realizar escuta qualificada, acolher as vítimas e proceder aos registros conforme os protocolos e normativas vigentes. Em contrapartida, lacunas formativas, insegurança profissional ou desconhecimento dos fluxos institucionais podem favorecer a subnotificação, comprometendo a visibilidade epidemiológica do agravo e a adoção de medidas protetivas.

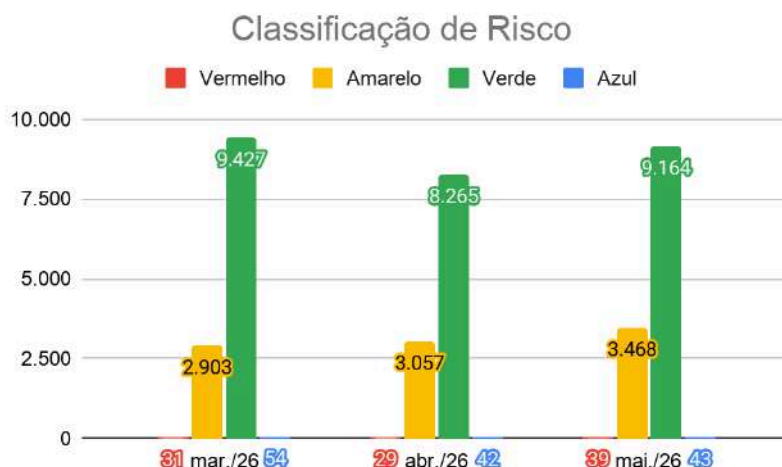
c) Cultura de Denúncia e Vínculo com os Serviços de Saúde: A revelação das situações de violência está diretamente relacionada ao grau de confiança dos usuários nos serviços de saúde e à percepção de segurança durante o atendimento. Aspectos como medo de represálias, dependência econômica do agressor, barreiras culturais, estigma social e desconhecimento dos direitos podem dificultar a denúncia e a busca por apoio institucional. Nesse contexto, unidades que desenvolvem práticas de acolhimento humanizado, escuta qualificada e

fortalecimento do vínculo com a comunidade tendem a favorecer a identificação dos casos e a ampliação das notificações.

Análise Final: Os dados demonstram que a distribuição das notificações de violência é resultado da complexa interação entre determinantes sociais, condições de vulnerabilidade da população, organização dos serviços de saúde e capacidade institucional de identificação e resposta aos casos. Dessa forma, o fortalecimento das ações de vigilância em saúde, a qualificação permanente das equipes, o aprimoramento dos fluxos assistenciais e a ampliação das estratégias de aproximação com a comunidade constituem medidas essenciais para ampliar a detecção das situações de violência, reduzir a subnotificação, garantir a continuidade do cuidado e promover respostas mais efetivas e integradas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

O Serviço Social realiza o encaminhamento sistemático das notificações às UBSs de referência, assegurando a continuidade do cuidado. O acompanhamento dos casos é operacionalizado por meio de instrumentos de gestão, como a Planilha de Condições de Saúde e Desfecho de Pacientes, que viabiliza o monitoramento longitudinal e a articulação entre os diferentes pontos da rede assistencial.

5.1.19 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco



Análise crítica: No período avaliado, a unidade registrou 13.210 atendimentos, resultado superior à meta pactuada de 11.700 atendimentos, conforme estabelecido no Anexo IIB, demonstrando capacidade operacional para absorver a demanda assistencial apresentada.

Em relação à Classificação de Risco, conforme os critérios da Política Nacional de Humanização (PNH), observou-se predominância de pacientes classificados como verde (9.164 – 72,08%), seguidos pelas classificações amarelo (3.468 – 27,28%), azul (43 – 0,34%) e vermelho (39 – 0,31%). Esse perfil evidencia que a maior parte dos atendimentos permaneceu concentrada em casos de baixa complexidade, com adequada identificação e priorização dos pacientes em situação de maior gravidade.

Mesmo diante do volume de atendimentos acima da meta contratual, a equipe multiprofissional manteve a organização do fluxo assistencial, assegurando a correta classificação de risco, a priorização conforme a gravidade clínica e a assistência dentro dos tempos preconizados. Os resultados reforçam o compromisso da unidade com a qualidade assistencial, a segurança do paciente e

a eficiência operacional, contribuindo para a manutenção de um atendimento resolutivo e alinhado às diretrizes institucionais.

Categoria	Quantidade Pacientes	Porcentagem (%)
Vermelho (emergência)	39	0,31%
Amarelo (urgência moderada)	3468	27,28%
Verde (baixa complexidade)	9164	72,08%
Azul (não urgente)	43	0,34%

Observação: 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: No mês de maio de 2026, foram registradas 370 notificações compulsórias na unidade. Observa-se que a maior parte dos registros esteve relacionada aos atendimentos antirrâbicos (31 casos), casos suspeitos de dengue (138 notificações) e testes para COVID-19 (175 notificações), refletindo a necessidade de vigilância contínua dessas condições devido ao seu impacto na saúde pública.

A dengue permaneceu como uma das principais causas de notificação, demonstrando a importância da manutenção das ações de controle vetorial, eliminação de criadouros e orientação da população quanto às medidas preventivas. Os atendimentos antirrâbicos também apresentaram número expressivo, evidenciando a necessidade de reforçar as orientações sobre prevenção de acidentes com animais e garantir o acompanhamento adequado dos casos.

Foram registrados ainda 8 acidentes com animais peçonhentos, 8 casos de sífilis, 4 notificações de intoxicação exógena, 4 casos de tuberculose e 2 notificações de febre maculosa, agravos que exigem monitoramento epidemiológico e acompanhamento oportuno para prevenção de complicações e interrupção de possíveis cadeias de transmissão.

Não houve registros de chikungunya, coqueluche, doenças exantemáticas (sarampo/rubéola), HIV, leptospirose, meningite ou monkeypox no período analisado, o que demonstra um cenário epidemiológico favorável para esses agravos no mês em questão.

De forma geral, os dados reforçam a importância da vigilância epidemiológica ativa, da qualificação das notificações e das ações de prevenção e educação em saúde, contribuindo para a identificação precoce de agravos e para o planejamento adequado das intervenções em saúde pública.

Doenças de Notificações Compulsórias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	9	10	7	4	8
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO	22	42	26	41	31
CHIKUNGUNYA	0	0	0	0	0
COQUELUCHE	0	0	0	0	0
COVID	281	339	366	210	175
DENGUE	156	235	251	228	138
DOENÇAS EXANTEMÁTICAS (SARAMPO/RUBÉOLA)	0	0	0	0	0
FEBRE MACULOSA	0	1	1	1	2
HIV	0	0	0	0	0
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	9	9	10	7	4
LEPTOSPIROSE	0	0	0	0	0
MENINGITE	0	0	0	0	0
MONKEYPOX	0	0	0	0	0
SÍFILIS	2	8	3	2	8
TUBERCULOSE	5	9	6	5	4
TOTAL	484	653	670	498	370

No mês de maio de 2026, foram registrados 790 casos de doenças de interesse municipal, com destaque para os casos de diarreia (637 registros), que representaram a maior parte das notificações do período. Esse cenário reforça a necessidade de intensificar as ações de orientação relacionadas à higiene das

mãos, manipulação adequada dos alimentos, consumo de água potável e medidas de prevenção de doenças de transmissão fecal-oral.

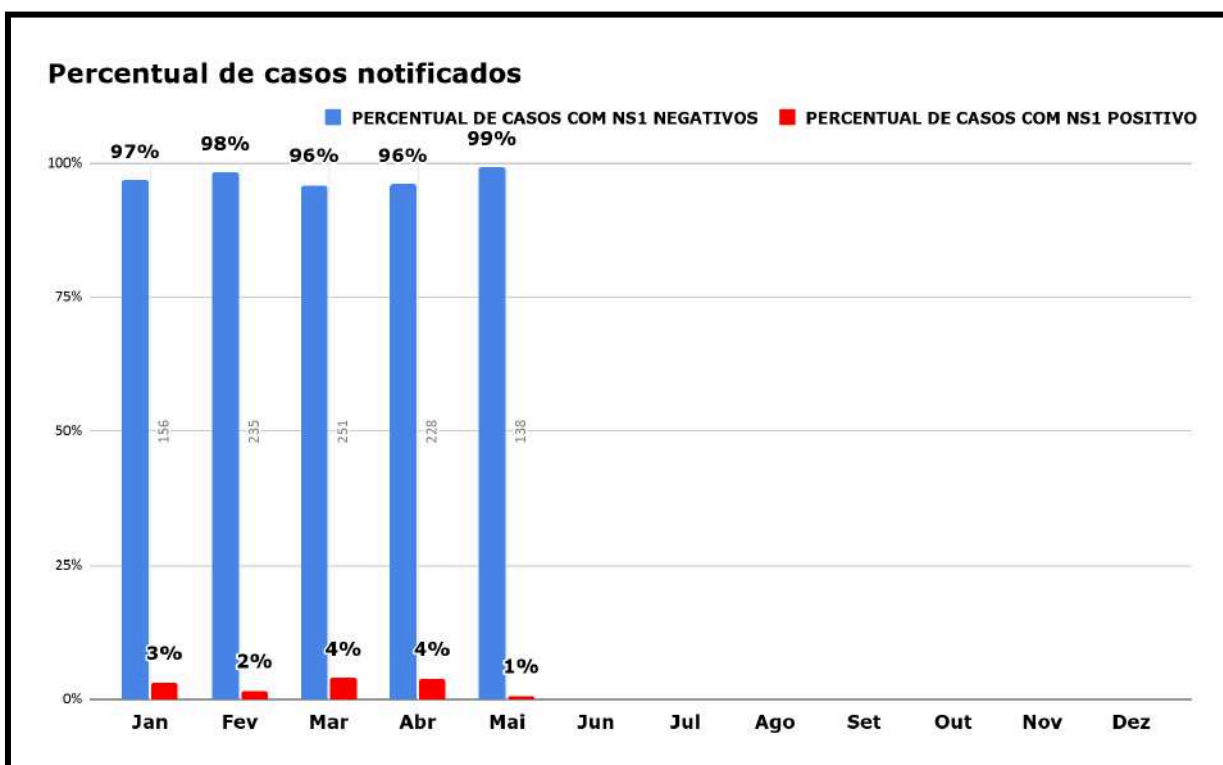
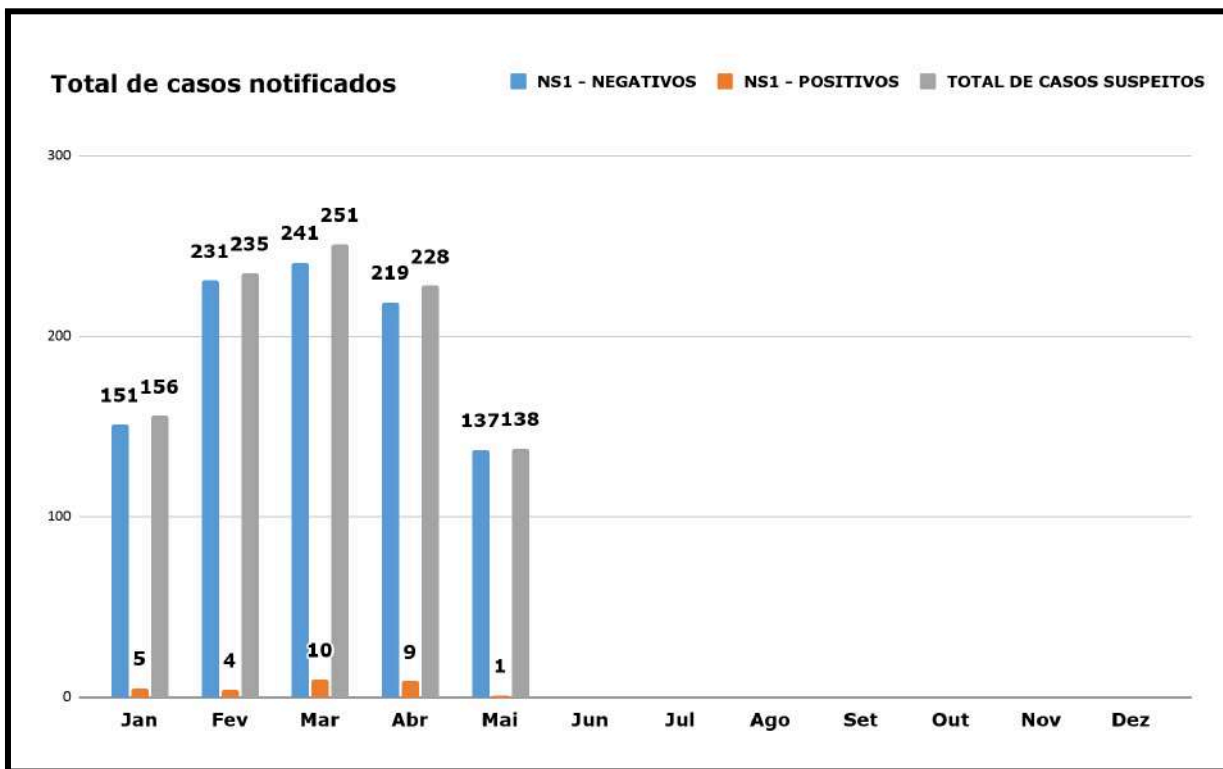
A conjuntivite apresentou 144 casos, demonstrando circulação significativa da doença na comunidade. Esse resultado evidencia a importância das orientações sobre higiene pessoal, lavagem frequente das mãos, não compartilhamento de objetos de uso pessoal e afastamento das atividades coletivas quando indicado, visando reduzir a transmissão.

Foram registrados ainda 5 casos de caxumba, 3 casos de escarlatina e 1 caso de varicela. Embora em menor número, esses agravos requerem monitoramento constante, especialmente devido ao potencial de transmissão em ambientes coletivos e à necessidade de acompanhamento epidemiológico para identificação precoce de surtos.

De modo geral, o perfil epidemiológico observado no período demonstra predominância de doenças relacionadas às condições de higiene e transmissão interpessoal. Os dados reforçam a importância da manutenção das ações de vigilância epidemiológica, educação em saúde, incentivo à vacinação e adoção de medidas preventivas, contribuindo para a redução da incidência desses agravos e para a proteção da saúde da população atendida pela unidade.

Doença de interesse Municipal	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
CAXUMBA	1	2	6	3	5
CONJUNTIVITE	173	118	121	115	144
DIARRÉIA	816	593	978	1.016	637
ESCARLATINA	4	1	3	3	3
VARICELA	0	0	0	1	1
TOTAL	994	714	1.108	1.138	790

Casos suspeitos ou confirmados de Dengue



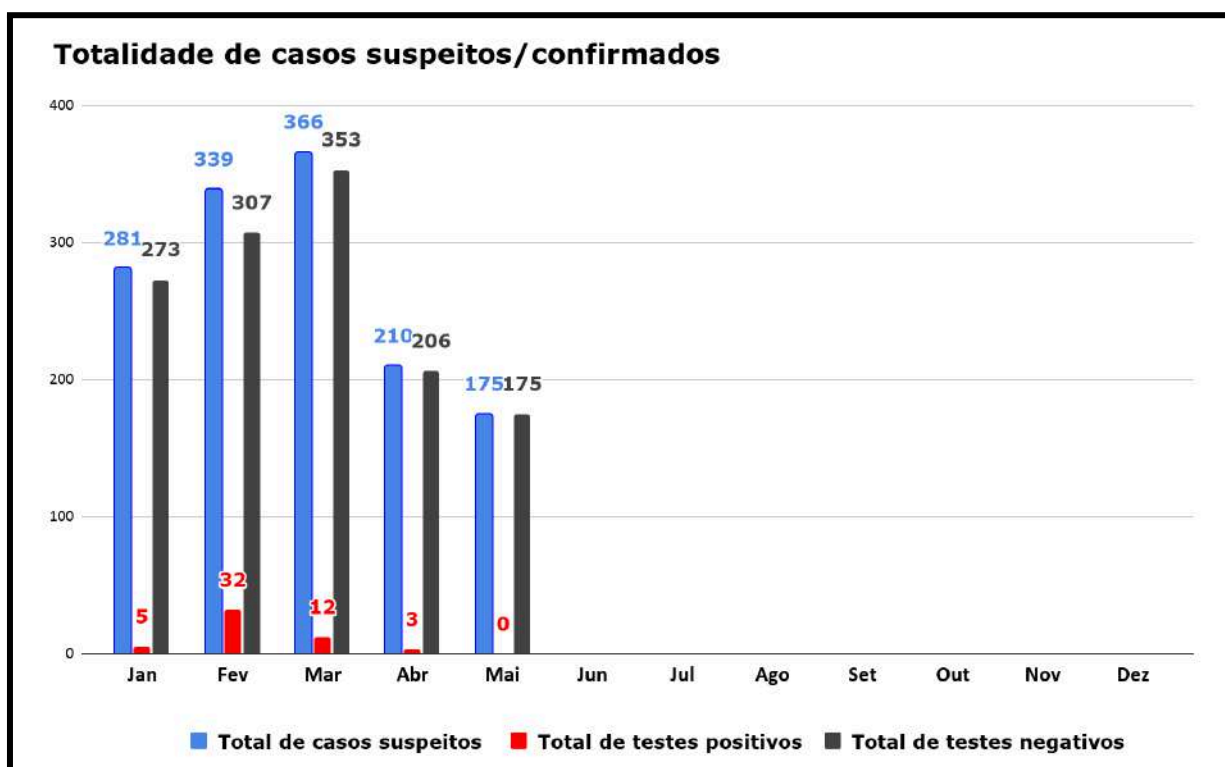
Análise crítica: No mês de maio de 2026, foram registrados 138 casos suspeitos de dengue na unidade. Desses, 137 apresentaram resultado negativo para o exame NS1, enquanto 1 caso teve resultado positivo, correspondendo a 1% dos casos investigados. Os resultados negativos representam 99% das notificações realizadas.

Os dados demonstram que, embora tenha havido uma demanda significativa de pacientes com sintomas compatíveis com dengue, a confirmação laboratorial foi baixa no período analisado. Esse cenário pode estar relacionado à circulação de outras doenças febris e virais com manifestações clínicas semelhantes, exigindo avaliação criteriosa e investigação adequada dos casos suspeitos.

Apesar do baixo percentual de positividade, é fundamental manter a vigilância epidemiológica ativa, considerando que a dengue continua sendo um importante problema de saúde pública. A notificação oportuna, o acompanhamento dos casos e as ações de controle do vetor permanecem essenciais para a identificação precoce de possíveis aumentos na transmissão da doença.

Dessa forma, recomenda-se a continuidade das ações de prevenção, combate aos criadouros do mosquito *Aedes aegypti* e orientação da população quanto às medidas de proteção individual e eliminação de recipientes que possam acumular água, contribuindo para a redução do risco de transmissão da dengue no território.

Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados COVID 19



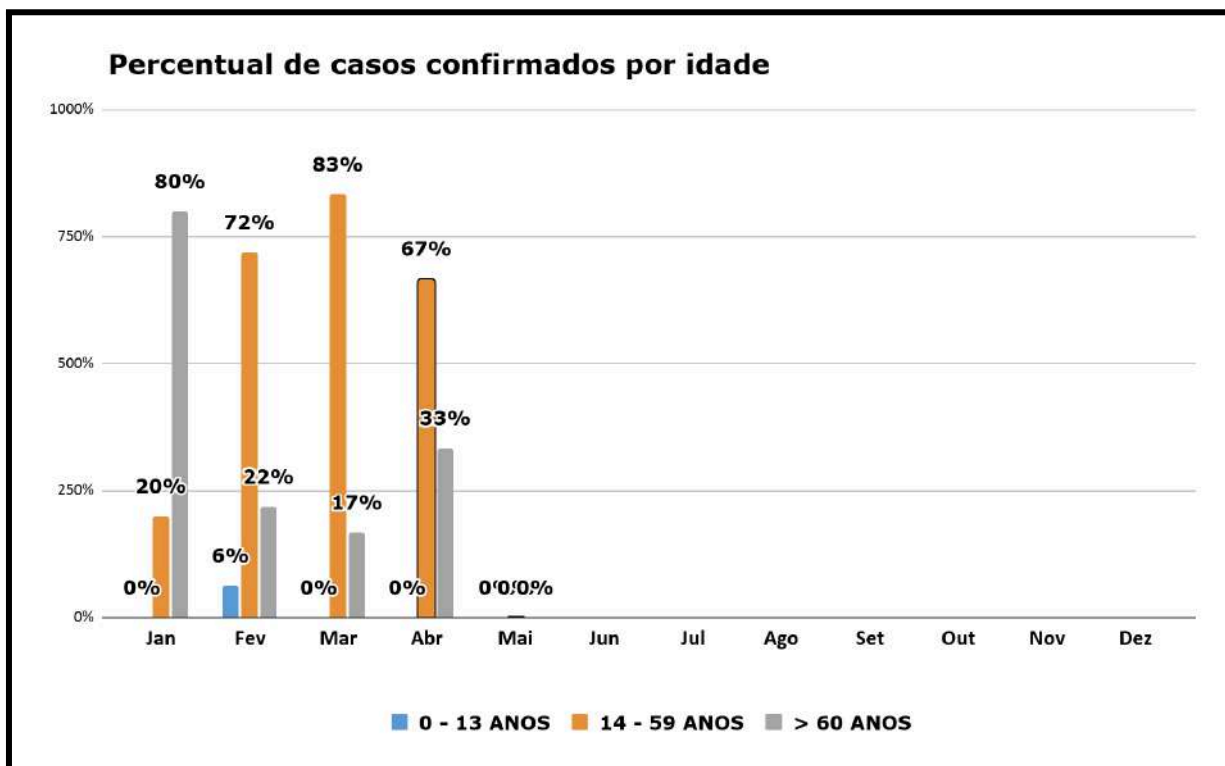
Análise crítica: No mês de maio de 2026, foram registrados 175 casos suspeitos de COVID-19, sendo realizados testes em todos os pacientes notificados. Dos exames realizados, 175 apresentaram resultado negativo, não havendo registro de casos positivos no período. Dessa forma, a taxa de positividade foi de 0%, enquanto o percentual de resultados negativos atingiu 100%.

Os dados demonstram ausência de circulação significativa do vírus SARS-CoV-2 entre os pacientes atendidos com suspeita clínica da doença durante o mês analisado. Esse resultado sugere um cenário epidemiológico favorável, possivelmente relacionado à imunidade adquirida pela população, à cobertura vacinal e à redução da transmissão comunitária do vírus.

Apesar da inexistência de casos positivos, observa-se que houve procura pelos serviços de saúde devido à presença de sintomas respiratórios compatíveis com COVID-19, reforçando a importância da manutenção da vigilância epidemiológica e da investigação adequada dos casos suspeitos. Além disso, outras infecções respiratórias podem apresentar manifestações clínicas semelhantes, justificando a realização dos testes diagnósticos.

Diante desse cenário, recomenda-se a continuidade das ações de monitoramento, vigilância epidemiológica e incentivo às medidas de prevenção, especialmente para grupos mais vulneráveis, garantindo a detecção precoce de possíveis alterações no perfil epidemiológico da doença e contribuindo para a proteção da saúde da população.

Faixa etária dos casos confirmados COVID 19



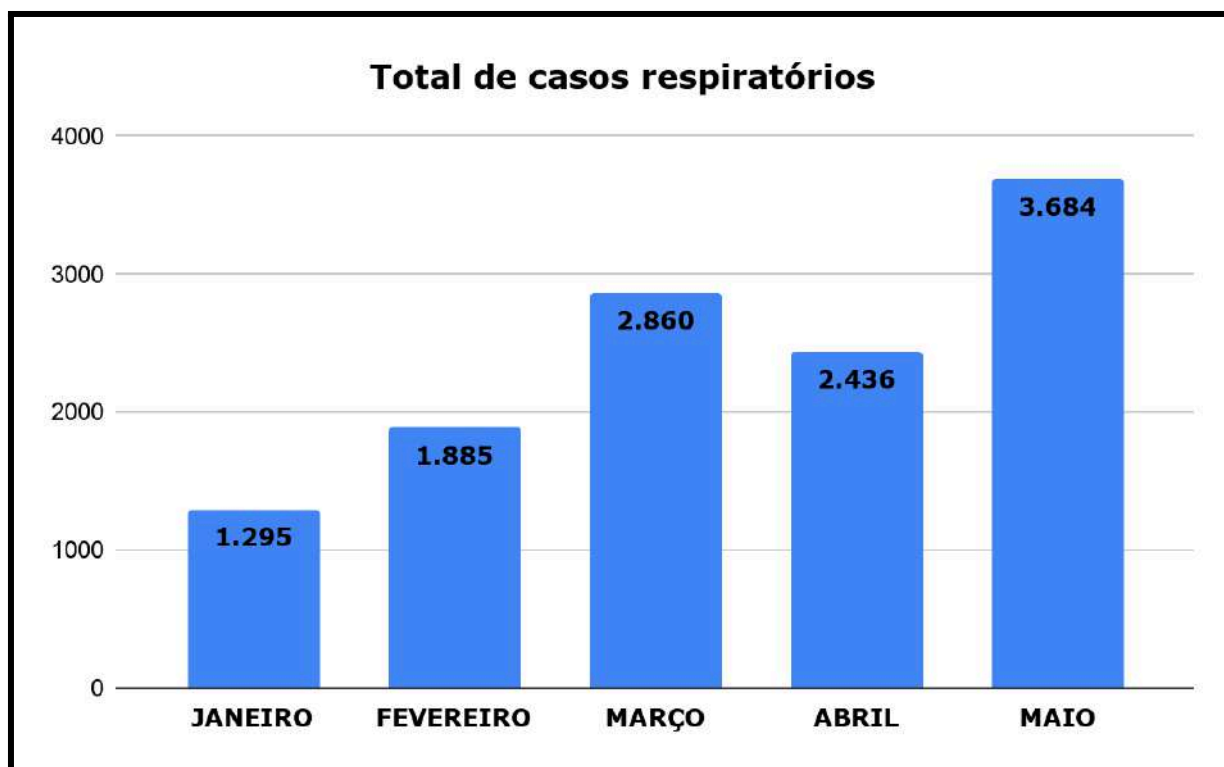
Análise crítica: No mês de maio de 2026, não foram registrados testes reagentes para o agravo monitorado em nenhuma das faixas etárias avaliadas. Tanto o grupo de 0 a 13 anos, quanto o de 14 a 59 anos e o de 60 anos ou mais apresentaram zero casos reagentes, correspondendo a 0% do total de resultados.

Os dados demonstram um cenário epidemiológico favorável no período analisado, sem identificação de casos positivos entre os indivíduos testados. Esse resultado pode indicar baixa circulação do agravo na área de abrangência da unidade ou efetividade das medidas de prevenção e controle adotadas.

Apesar da ausência de resultados reagentes, é fundamental manter as ações de vigilância, rastreamento e testagem conforme os protocolos estabelecidos, garantindo a identificação precoce de possíveis casos e o monitoramento contínuo da situação epidemiológica.

Dessa forma, recomenda-se a continuidade das estratégias de prevenção, orientação da população e acompanhamento sistemático dos indicadores, assegurando a manutenção do cenário observado e permitindo resposta rápida diante de eventuais mudanças no perfil epidemiológico da população atendida.

Monitoramento dos casos de Síndrome Respiratória Aguda



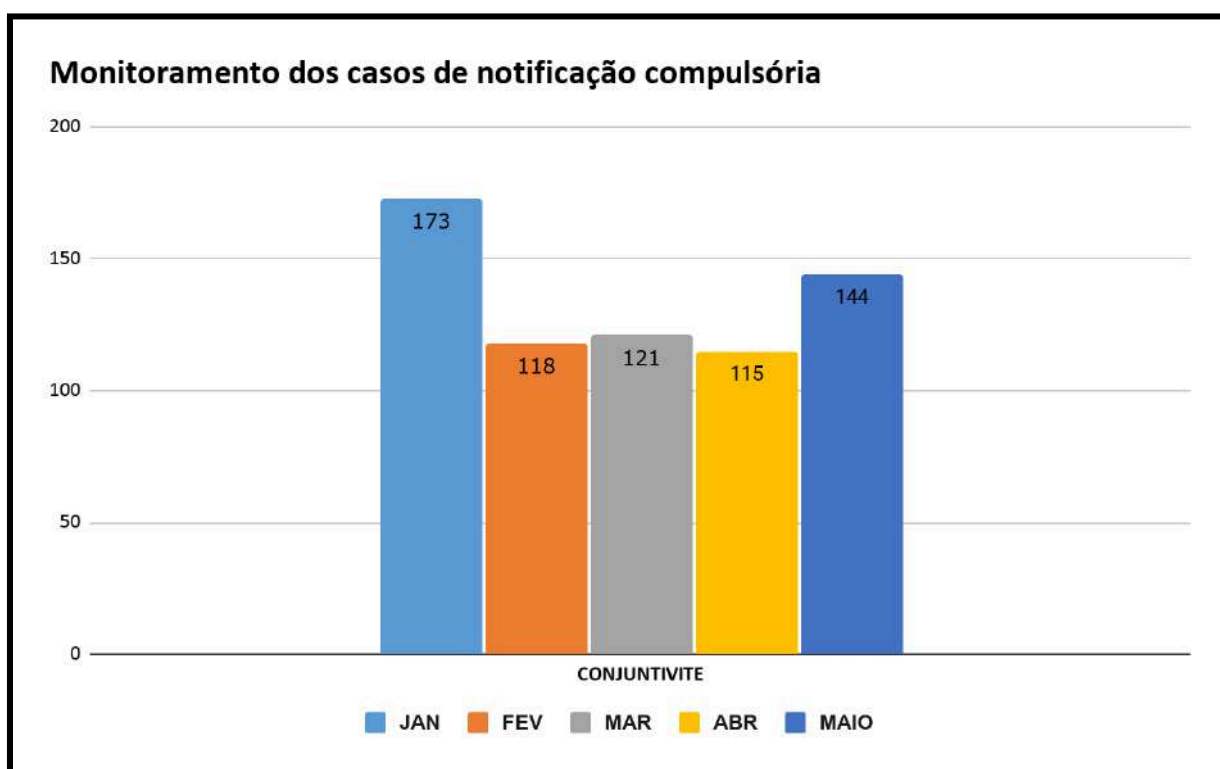
Análise crítica: No mês de maio de 2026, foram registrados 3.684 atendimentos por queixas respiratórias, enquanto em abril foram contabilizados 2.436 casos. Observa-se um aumento de 1.248 atendimentos, correspondendo a um crescimento de aproximadamente 51,2% em relação ao mês anterior.

Esse aumento expressivo é compatível com o período sazonal de maior circulação de vírus respiratórios, característico dos meses mais frios do ano, quando há maior permanência das pessoas em ambientes fechados e maior transmissão de infecções respiratórias. Além disso, fatores climáticos, como queda de temperatura e baixa umidade do ar, podem contribuir para o agravamento de doenças respiratórias crônicas e aumento da procura pelos serviços de saúde.

Apesar do crescimento dos atendimentos, é importante destacar que os testes realizados para COVID-19 no período apresentaram resultados negativos, sugerindo que outros agentes respiratórios podem ter sido responsáveis pelo aumento da demanda assistencial.

Diante desse cenário, torna-se fundamental manter as ações de vigilância epidemiológica, monitoramento dos casos respiratórios, incentivo à vacinação contra influenza e outras doenças imunopreveníveis, além das orientações à população quanto à etiqueta respiratória, higienização das mãos e busca precoce por atendimento em casos de agravamento dos sintomas.

Monitoramento dos casos de notificação compulsória

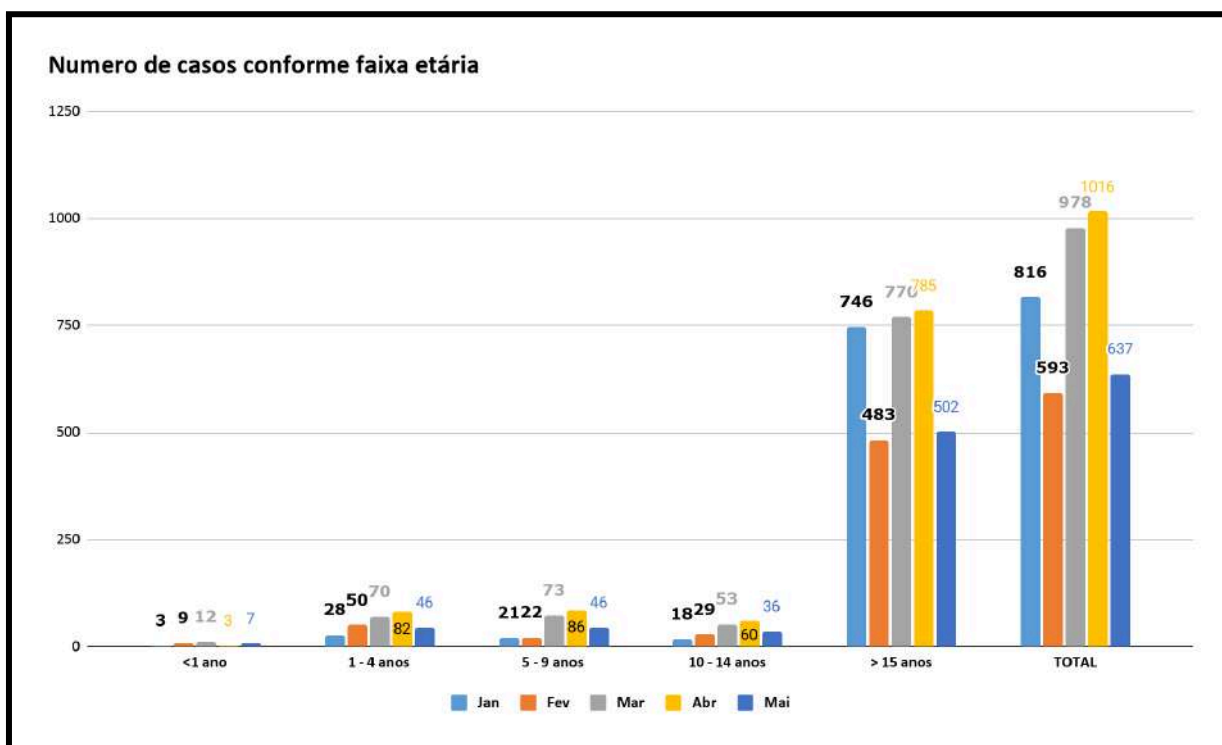


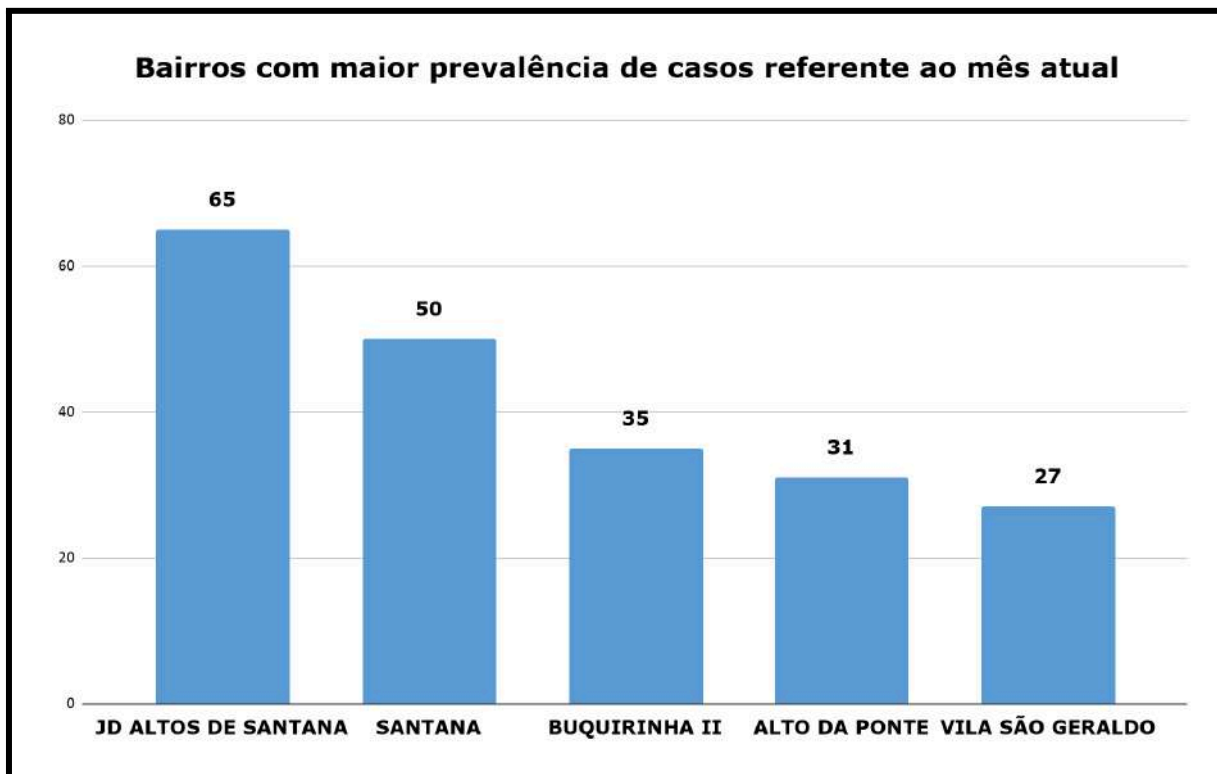
Análise crítica: No mês de maio de 2026, foram registrados 144 casos de conjuntivite, configurando um número expressivo de atendimentos relacionados a esse agravo. A conjuntivite é uma doença de fácil transmissão, principalmente por contato direto com secreções oculares contaminadas, compartilhamento de objetos de uso pessoal e higienização inadequada das mãos.

O quantitativo observado sugere circulação ativa da doença na comunidade, exigindo atenção das equipes de saúde para identificação precoce dos casos e orientação adequada aos pacientes. Medidas simples, como a lavagem frequente das mãos, evitar tocar os olhos, não compartilhar toalhas, maquiagens e outros objetos de uso pessoal, são fundamentais para reduzir a transmissão.

Diante desse cenário, recomenda-se a manutenção das ações de vigilância epidemiológica e educação em saúde, com reforço das orientações preventivas em escolas, ambientes de trabalho e demais locais de convivência coletiva. O monitoramento contínuo dos casos permite identificar possíveis surtos e adotar medidas oportunas para controle da disseminação da doença na população atendida.

Monitoramento dos casos de Doenças Diarreicas Aguda





Análise crítica: No mês de maio de 2026, foram registrados 637 casos de doença diarreica aguda na unidade. Observa-se que a maior concentração ocorreu na faixa etária acima de 15 anos, com 502 casos (78,8%), seguida pelas faixas de 1 a 4 anos e 5 a 9 anos, ambas com 46 casos (7,2%), 10 a 14 anos com 36 casos (5,7%) e menores de 1 ano com 7 casos (1,1%).

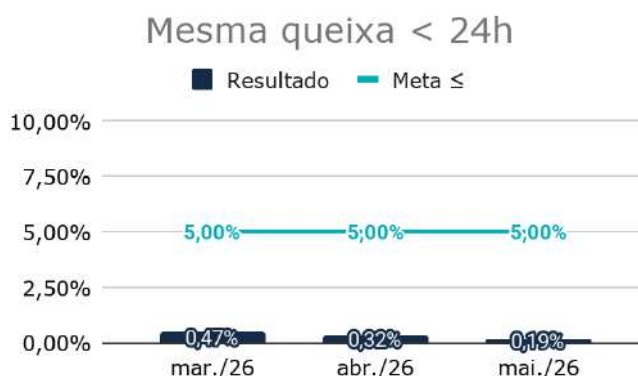
Embora as doenças diarreicas sejam frequentemente associadas à população infantil, os dados demonstram predominância significativa entre os indivíduos com mais de 15 anos, indicando ampla circulação de agentes causadores na comunidade e possível influência de fatores relacionados à alimentação, consumo de água, higiene pessoal e condições sanitárias.

Em relação à distribuição territorial, os bairros com maior número de casos foram Jardim Altos de Santana (65 casos), Santana (50 casos), Buquirinha II (35 casos), Alto da Ponte (31 casos) e Vila São Geraldo (27 casos). Esses territórios concentraram parcela importante das notificações registradas no período, indicando a necessidade de monitoramento contínuo e intensificação das ações educativas e preventivas nessas regiões.

Nas faixas etárias infantis, especialmente entre menores de 5 anos, os casos merecem atenção devido ao maior risco de desidratação e complicações, reforçando a importância do diagnóstico precoce, hidratação adequada e acompanhamento clínico quando necessário.

Os resultados evidenciam a necessidade de fortalecer as ações de educação em saúde voltadas para a higiene das mãos, manipulação segura dos alimentos, consumo de água tratada e cuidados sanitários domiciliares. Além disso, o monitoramento contínuo dos casos permite identificar alterações no perfil epidemiológico e orientar medidas de prevenção e controle, contribuindo para a redução da ocorrência de doenças diarreicas na população atendida. A concentração de casos em determinados bairros também pode subsidiar ações direcionadas de vigilância e promoção da saúde no território.

5.1.21 Pacientes atendidos pela mesma queixa ≤ 24h



Análise crítica: No mês de Maio, a UPA Alto da Ponte registrou índice de 0,19% de pacientes que retornaram para nova consulta em até 24 horas pela mesma queixa, mantendo desempenho extremamente favorável e amplamente abaixo do limite contratual de até 5%.

O resultado demonstra a manutenção da elevada capacidade de resolução clínica da unidade, evidenciando que a grande maioria dos pacientes teve sua demanda adequadamente atendida já no primeiro contato com o serviço. Mesmo diante do expressivo volume de 13.780 atendimentos realizados no período, o indicador permaneceu em patamar de excelência, reforçando a efetividade dos processos assistenciais adotados.

O desempenho observado reflete diretamente:

- elevada assertividade das condutas clínicas iniciais;
- adequada estratificação de risco e direcionamento dos pacientes;
- fortalecimento das orientações fornecidas no momento da alta;
- melhoria contínua dos registros assistenciais em prontuário;
- alinhamento das equipes aos protocolos institucionais;
- monitoramento sistemático dos indicadores de qualidade e segurança assistencial.

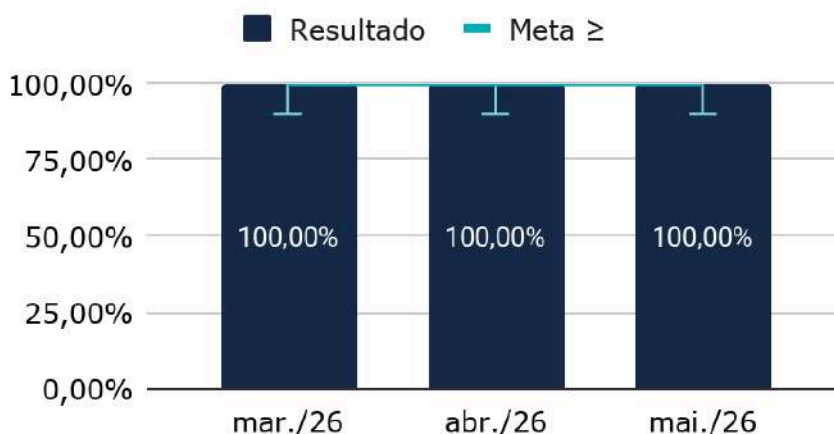
Cabe destacar que aproximadamente 99,81% dos pacientes atendidos na unidade não retornaram pela mesma queixa em até 24 horas, evidenciando elevada resolutividade clínica e segurança na condução dos casos atendidos. O resultado demonstra que as intervenções realizadas durante o primeiro atendimento foram eficazes na resolução ou estabilização dos quadros apresentados, reduzindo a necessidade de reavaliações precoces relacionadas ao mesmo agravo.

Sob a ótica gerencial, o indicador reforça a maturidade dos processos assistenciais da unidade, a qualificação técnica das equipes e a efetividade das estratégias de melhoria contínua implementadas. A manutenção do resultado em níveis significativamente inferiores ao parâmetro contratual evidencia não apenas conformidade, mas desempenho superior ao esperado para serviços de urgência e emergência de alta demanda.

Dessa forma, os resultados de maio consolidam a UPA Alto da Ponte como uma unidade com elevada capacidade de resolução assistencial, segurança clínica e qualidade no atendimento prestado, mantendo desempenho consistente e alinhado às melhores práticas de gestão e assistência em saúde.

5.1.22 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar

Serviços de atendimento pré-hospitalar



Análise crítica: No mês de maio de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 206 atendimentos provenientes da regulação pré-hospitalar, mantendo participação relevante na Rede de Urgência e Emergência e consolidando seu papel estratégico

como unidade de estabilização e suporte assistencial aos pacientes encaminhados pelos serviços reguladores.

Embora tenha sido observada discreta redução do volume em relação ao mês anterior, o perfil assistencial dos pacientes regulados permaneceu compatível com o esperado para uma unidade de urgência inserida na rede pré-hospitalar, caracterizado por predominância de casos com potencial de agravamento clínico, necessidade de monitorização contínua e intervenção médica oportuna.

A análise da classificação de risco evidencia manutenção de elevada complexidade assistencial entre os pacientes encaminhados à unidade.

Classificação de Risco – Maio/2026

Classificação	Quantidade	Percentual
Amarelo	178	89,4%
Verde	14	7,0%
Vermelho	7	3,5%
Azul	0	0,0%
Total Classificado	199	100%

Observa-se predominância expressiva de pacientes classificados como **Amarelo (89,4%)**, evidenciando que a quase totalidade dos encaminhamentos regulados envolveu pacientes que demandam avaliação médica prioritária, monitoramento clínico e suporte assistencial estruturado. Esse comportamento reforça a importância da unidade como componente intermediário da rede, responsável por

absorver casos de urgência moderada que necessitam de resposta rápida, porém sem indicação imediata de recursos hospitalares de alta complexidade.

Os pacientes classificados como **Vermelho (3,5%)** representam situações de maior gravidade clínica e risco iminente à vida, exigindo atuação imediata das equipes assistenciais, aplicação de protocolos de emergência e disponibilidade permanente de recursos para estabilização. Embora numericamente reduzidos, esses casos possuem elevado impacto operacional e assistencial, exigindo manutenção contínua da prontidão da unidade.

A baixa participação de pacientes classificados como **Verde (7,0%)** e a ausência de pacientes classificados como Azul demonstram adequada efetividade da regulação pré-hospitalar, direcionando à unidade predominantemente pacientes compatíveis com sua capacidade instalada e perfil assistencial, evitando encaminhamentos inadequados de baixa complexidade.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A análise dos diagnósticos mais frequentes evidencia importante diversidade clínica, característica típica dos atendimentos regulados, com destaque para condições neurológicas, manifestações clínicas inespecíficas e agravos relacionados ao uso de álcool.

Top 5 CIDs – Maio/2026

CID	Diagnóstico	Quantidade
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	14
R53	Mal-estar e fadiga	9

R56.8	Outras convulsões e crises	6
G40	Epilepsia	6

O predomínio do CID F10 evidencia impacto significativo das condições relacionadas ao uso abusivo de álcool sobre a demanda assistencial regulada, cenário frequentemente associado à necessidade de abordagem multiprofissional, observação clínica, suporte medicamentoso e articulação com a rede de atenção psicossocial.

Os diagnósticos classificados como R53 (mal-estar e fadiga) refletem a presença de quadros clínicos inespecíficos que exigem avaliação abrangente e raciocínio clínico qualificado para exclusão de patologias potencialmente graves, frequentemente demandando exames complementares e monitoramento evolutivo.

Merece destaque a presença relevante de agravos neurológicos representados pelos CIDs R56.8 (outras convulsões e crises) e G40 (epilepsia), condições que exigem atendimento imediato, monitorização contínua, estabilização clínica e, em determinadas situações, articulação com serviços de maior complexidade para continuidade do cuidado.

O CID Z53.2, relacionado à não realização de procedimento, pode estar associado a recusas, evasões ou impossibilidade de conclusão da abordagem assistencial, exigindo monitoramento contínuo por parte da gestão para compreensão dos fatores envolvidos e mitigação de potenciais impactos na assistência.

A análise integrada dos dados de maio demonstra que a UPA Alto da Ponte manteve perfil assistencial compatível com sua inserção na Rede de Urgência e Emergência, apresentando predominância de pacientes regulados com

necessidade de atendimento prioritário, elevada variabilidade diagnóstica e presença contínua de casos potencialmente graves.

O elevado percentual de pacientes classificados como Amarelo, associado à manutenção de casos Vermelhos e à predominância de agravos neurológicos e condições relacionadas ao uso de álcool, evidencia cenário de pressão assistencial contínua, exigindo adequada organização dos fluxos internos, disponibilidade de recursos diagnósticos e capacidade permanente de resposta das equipes multiprofissionais.

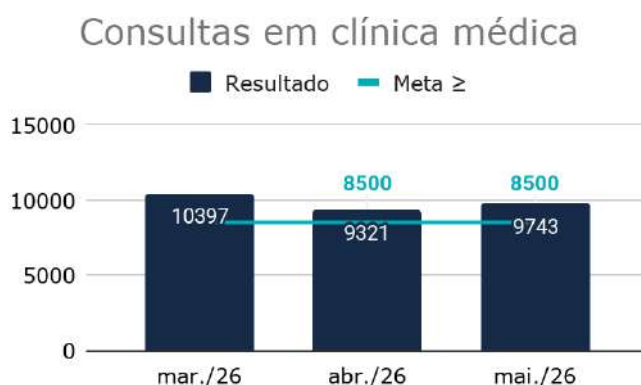
Comparativamente ao mês anterior, observa-se manutenção do perfil assistencial regulado, sem descaracterização da complexidade dos casos recebidos, reforçando a estabilidade operacional da unidade e a efetividade dos mecanismos de regulação pré-hospitalar.

Os resultados demonstram que a UPA Alto da Ponte manteve, durante o período, adequada capacidade de absorção da demanda regulada, efetividade na classificação de risco, eficiência nos processos de estabilização clínica e integração consistente com os demais componentes da rede assistencial.

Dessa forma, o desempenho observado em maio reforça a maturidade operacional da unidade, sua relevância estratégica dentro da Rede de Urgência e Emergência e sua capacidade de ofertar assistência qualificada, segura e resolutiva aos pacientes encaminhados pelos serviços de regulação pré-hospitalar.

6. INDICADORES DE PRODUÇÃO

6.1.1 Consultas em clínica médica



Análise crítica: No mês de MAIO de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 9.743 atendimentos na ala clínica, mantendo volume assistencial superior à meta contratual de 8.500 atendimentos e evidenciando a continuidade da elevada demanda pelos serviços de urgência e emergência. O resultado reforça a capacidade da unidade em absorver importante volume de atendimentos sem comprometimento da organização dos fluxos assistenciais e da capacidade operacional.

A análise epidemiológica do período demonstra comportamento distinto do observado em abril. Enquanto no mês anterior houve maior heterogeneidade diagnóstica, maio apresentou clara concentração de atendimentos relacionados aos agravos gastrointestinais infecciosos, configurando um cenário epidemiológico mais específico e compatível com períodos de circulação ampliada de agentes infecciosos entéricos.

Os diagnósticos mais prevalentes do período evidenciam esse comportamento. A Diarreia e Gastroenterite de Origem Infecciosa (A09) representou isoladamente 73,56% dos principais diagnósticos registrados, seguida por Outras Enterites Virais (A083) com 12,99% e Infecções Intestinais Virais Não Especificadas (A08)

com 9,67%. Em conjunto, esses três diagnósticos corresponderam a mais de 96% dos principais agravos observados entre os CID mais frequentes, demonstrando forte predominância de síndromes gastrointestinais agudas no período.

Esse perfil epidemiológico sugere aumento da circulação de doenças infecciosas intestinais na população atendida, resultando em maior procura por pacientes apresentando sintomas como diarreia, náuseas, vômitos, desidratação, dor abdominal e mal-estar geral. Tais condições, embora frequentemente classificadas como de baixa ou média complexidade, demandam avaliação clínica criteriosa, reposição hídrica, administração de medicamentos, monitoramento evolutivo e, em determinados casos, observação prolongada na unidade, impactando diretamente a utilização dos recursos assistenciais.

Sob a perspectiva demográfica, observa-se manutenção da predominância da população adulta economicamente ativa. A faixa etária entre 18 e 29 anos representou 21,73% dos atendimentos, seguida pelos grupos de 30 a 39 anos (17,14%) e 40 a 49 anos (15,43%), confirmando que a maior parte da demanda assistencial permanece concentrada na população adulta.

Entretanto, destaca-se novamente a expressiva participação da população idosa. Os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos representaram aproximadamente 25,62% dos atendimentos, percentual muito semelhante ao observado no mês anterior. Esse dado mantém relevância estratégica para análise da complexidade assistencial da unidade, uma vez que pacientes idosos apresentam maior prevalência de doenças crônicas, maior risco de descompensações clínicas, apresentações atípicas dos agravos infecciosos e necessidade ampliada de monitorização e investigação diagnóstica.

Embora os quadros gastrointestinais tenham predominado no período, a presença significativa da população idosa amplia substancialmente a complexidade do cuidado, uma vez que episódios de gastroenterite e desidratação nessa faixa etária apresentam maior potencial de gravidade, maior risco de internação e maior necessidade de intervenções assistenciais.

A distribuição por gênero manteve padrão semelhante ao observado historicamente, com predominância do sexo feminino (55,99%), enquanto o sexo masculino correspondeu a 43,98% dos atendimentos. Esse comportamento reforça tendência já consolidada nos atendimentos clínicos da unidade, caracterizada por maior procura dos serviços de saúde pela população feminina.

Quanto à procedência, observa-se que aproximadamente 98% dos atendimentos foram realizados em pacientes residentes de São José dos Campos, reafirmando o papel da UPA Alto da Ponte como equipamento estratégico para assistência à população local e importante componente da Rede de Atenção às Urgências do município.

A análise integrada dos dados demonstra que maio foi marcado por importante concentração epidemiológica relacionada às doenças gastrointestinais infecciosas, associada à manutenção de elevada participação da população idosa e de pacientes adultos economicamente ativos. Esse cenário produziu impacto direto na dinâmica assistencial da unidade, especialmente em função da necessidade de hidratação venosa, monitoramento clínico e utilização dos espaços de observação para manejo dos casos sintomáticos.

Diferentemente do cenário observado em abril, caracterizado por maior dispersão diagnóstica, maio apresentou demanda mais concentrada em uma linha de cuidado específica, exigindo elevada capacidade de resposta operacional, rápida adaptação dos fluxos assistenciais e gestão eficiente dos recursos disponíveis para manutenção da qualidade do atendimento.

Dessa forma, os resultados do período evidenciam que a UPA Alto da Ponte manteve adequada capacidade de absorção da demanda, organização assistencial, resolutividade clínica e eficiência operacional, mesmo diante de um cenário epidemiológico caracterizado pela predominância de doenças gastrointestinais infecciosas e pela manutenção de significativa participação de pacientes idosos, consolidando a maturidade dos processos assistenciais e a efetividade das estratégias adotadas pela unidade.

6.1.2 Consultas em pediatria



Análise crítica: No mês de Maio de 2026, o setor de Pediatria da UPA Alto da Ponte registrou 3.455 atendimentos, representando aumento expressivo em relação ao mês anterior, quando foram realizados 2.768 atendimentos. O resultado corresponde a aproximadamente 107,97% da meta contratual de 3.200 atendimentos, demonstrando superação da meta pactuada e evidenciando importante crescimento da demanda pediátrica no período.

O aumento observado reflete comportamento epidemiológico característico da população infantil, fortemente influenciado pela sazonalidade, circulação de agentes infecciosos, condições climáticas e dinâmica de transmissão comunitária. Ressalta-se que a demanda pediátrica possui caráter espontâneo e não é diretamente controlável pela unidade, estando relacionada aos agravos circulantes na população atendida.

Cabe destacar que a UPA Alto da Ponte manteve durante todo o período sua capacidade instalada integralmente disponível, com cobertura assistencial completa, equipes dimensionadas e estrutura adequada para absorção do aumento da procura sem prejuízo da qualidade assistencial ou dos fluxos operacionais.

Perfil Epidemiológico de Maio

A análise dos diagnósticos demonstra a manutenção do predomínio de agravos infecciosos, com forte concentração de doenças gastrointestinais agudas, cenário que se apresentou de forma ainda mais evidente do que no mês anterior.

Os principais diagnósticos observados foram:

- A09 – Diarreia e Gastroenterite de Origem Infecciosa: 62,61%;
- A08 – Infecções Intestinais Virais Não Especificadas: 16,96%;
- A68.9 – Febre Recorrente Não Especificada: 6,96%;
- A08.4 – Infecção Intestinal Viral Não Especificada: 6,52%;
- A08.5 – Outras Infecções Intestinais Especificadas: 2,17%.

A análise conjunta demonstra que aproximadamente 88% dos principais diagnósticos registrados estão relacionados diretamente a síndromes gastrointestinais infecciosas e infecções intestinais virais, evidenciando intensa circulação de agentes infecciosos entéricos na população pediátrica durante o período.

Esse comportamento epidemiológico impacta diretamente a dinâmica assistencial da unidade, uma vez que tais pacientes frequentemente demandam avaliação médica detalhada, controle de sintomas, reposição hídrica oral ou venosa, observação clínica e monitoramento da evolução do quadro, especialmente em crianças menores e pacientes com risco de desidratação.

Além disso, observa-se participação relevante de quadros febris inespecíficos, representados pelo CID A68.9, indicando manutenção da circulação de agentes infecciosos virais e reforçando a necessidade de avaliação clínica criteriosa para diferenciação entre condições autolimitadas e agravos com potencial de complicação.

Perfil Demográfico

A distribuição por gênero manteve padrão equilibrado durante o período, sem diferenças significativas entre os sexos:

- Masculino: **50,50%**;
- Feminino: **49,50%**.

Esse comportamento demonstra distribuição homogênea da demanda pediátrica, compatível com o perfil epidemiológico habitualmente observado em serviços de urgência infantil.

Quanto à procedência dos pacientes, verifica-se predominância absoluta de usuários residentes em São José dos Campos, correspondendo a aproximadamente 99% dos atendimentos, reforçando o papel da UPA Alto da Ponte como importante referência municipal para assistência pediátrica de urgência e emergência.

O mês de maio foi caracterizado por crescimento significativo da demanda pediátrica associado à elevada concentração epidemiológica de doenças gastrointestinais infecciosas. Diferentemente de cenários assistenciais com maior dispersão diagnóstica, observou-se forte predominância de uma linha de cuidado específica, exigindo elevada capacidade de adaptação dos fluxos assistenciais e otimização dos recursos disponíveis.

A predominância dos quadros gastrointestinais gerou aumento da demanda por hidratação, administração de medicamentos, monitoramento clínico e utilização das áreas de observação pediátrica, impactando diretamente a carga assistencial das equipes multiprofissionais.

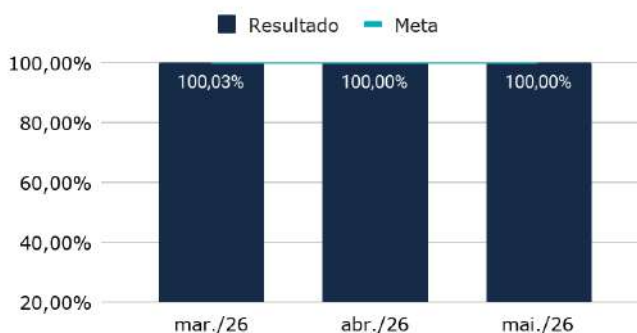
Apesar do aumento expressivo do volume de atendimentos e da concentração epidemiológica observada, a unidade manteve organização operacional, capacidade de resposta e qualidade assistencial, sem evidências de comprometimento dos fluxos internos ou da segurança do atendimento.

Sob a ótica gerencial, o cenário observado demonstra que a Pediatria da UPA Alto da Ponte apresentou adequada capacidade de absorção do aumento da demanda sazonal, mantendo resolutividade clínica, eficiência operacional e prontidão assistencial diante de um contexto epidemiológico marcado pela circulação ampliada de doenças infecciosas gastrointestinais.

Dessa forma, os resultados de maio evidenciam não apenas o cumprimento da meta contratual, mas também a efetividade do modelo assistencial adotado pela unidade, que se mostrou capaz de responder de forma organizada e segura ao aumento da procura por atendimento pediátrico, mantendo qualidade assistencial e estabilidade operacional mesmo diante de um cenário de elevada pressão epidemiológica.

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

Procedimentos de enfermagem na medicação



Análise crítica: No mês de Maio de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 30.703 procedimentos de administração de medicamentos, mantendo 100% dos atendimentos concluídos em menos de 1 hora, resultado que evidencia a continuidade do elevado padrão de eficiência operacional e da capacidade de resposta assistencial da unidade.

Em comparação ao mês anterior, quando foram realizados 27.908 procedimentos, observa-se aumento de 2.795 administrações de medicamentos, correspondendo

a crescimento aproximado de 10,01% no volume total. Esse incremento acompanha o aumento da demanda assistencial observado no período, especialmente em decorrência da ampliação dos atendimentos clínicos e pediátricos relacionados aos agravos gastrointestinais infecciosos e demais condições agudas que demandam intervenção medicamentosa imediata.

Apesar do aumento expressivo da carga assistencial, a unidade manteve integralmente o desempenho operacional pactuado, demonstrando adequada capacidade de absorção da demanda, organização dos fluxos internos e integração efetiva entre os setores assistenciais.

Distribuição das Vias de Administração – Maio/2026

A análise da distribuição das vias de administração demonstra a manutenção do predomínio das terapias parenterais, característica compatível com o perfil assistencial de uma unidade de urgência e emergência.

Os percentuais registrados foram:

- Oral: **26,52%** – 8.141 procedimentos;
- Intramuscular (IM): **25,42%** – 7.806 procedimentos;
- Intravenosa (IV): **35,55%** – 10.914 procedimentos;
- Bólus: **5,89%** – 1.807 procedimentos;
- Inalatória: **3,09%** – 948 procedimentos;
- Subcutânea: **3,02%** – 928 procedimentos;
- Tópica: **0,19%** – 58 procedimentos;
- Retal: **0,15%** – 47 procedimentos;
- Ocular: **0,13%** – 39 procedimentos;

- Sublingual: **0,04%** – 11 procedimentos;
- Sonda Gástrica: **0,01%** – 3 procedimentos;
- Vaginal: **0,00%** – 1 procedimento.

Interpretação Assistencial

A via intravenosa, responsável por 35,55% de todas as administrações realizadas, permaneceu como principal modalidade terapêutica utilizada na unidade. Esse resultado reforça a elevada frequência de pacientes que necessitaram de hidratação venosa, analgesia, antieméticos, antimicrobianos e outras intervenções de rápida resposta clínica, perfil compatível com os agravos infecciosos e gastrointestinais predominantes no período.

A via oral, que representou 26,52% dos procedimentos, apresentou crescimento proporcional e manteve importante participação no tratamento dos pacientes atendidos, evidenciando adequada resolutividade clínica e utilização racional dos recursos terapêuticos em casos passíveis de manejo ambulatorial.

A via intramuscular, com 25,42%, permanece como uma das principais estratégias terapêuticas da unidade, especialmente para administração de analgésicos, anti-inflamatórios, anti espasmódicos e demais medicamentos utilizados no manejo dos quadros agudos de baixa e média complexidade.

Observa-se ainda aumento da participação da administração em bolus (5,89%), compatível com a necessidade de intervenções mais rápidas em pacientes com sintomas agudos, especialmente relacionados à desidratação, dor intensa, náuseas e vômitos, condições frequentemente observadas durante períodos de maior circulação de doenças gastrointestinais.

As vias inalatórias (3,09%) e subcutânea (3,02%) mantiveram participação estável, refletindo a continuidade do atendimento a pacientes com condições respiratórias, metabólicas e outras situações clínicas específicas que exigem terapias direcionadas.

As demais vias permaneceram com participação residual, sendo utilizadas conforme indicação clínica individualizada, sem impacto significativo sobre o perfil assistencial global da unidade.

Desempenho Operacional

A manutenção de 100% dos procedimentos realizados em até 1 hora, mesmo diante do aumento de mais de 10% no volume total de administrações, representa importante indicador de desempenho assistencial e demonstra elevado grau de maturidade operacional.

O resultado evidencia:

- fluxos assistenciais consolidados e eficientes;
- adequada integração entre farmácia, enfermagem e equipe médica;
- agilidade na dispensação e administração dos medicamentos;
- capacidade de absorção do aumento da demanda sem comprometimento dos tempos assistenciais;
- dimensionamento adequado das equipes;
- monitoramento contínuo dos processos críticos relacionados à assistência medicamentosa.

O mês de maio foi marcado por aumento significativo da demanda terapêutica, refletido no crescimento de 10,01% do número de procedimentos realizados em comparação ao mês anterior. Mesmo diante desse cenário, a unidade manteve integralmente o desempenho operacional pactuado, preservando o indicador de 100% dos atendimentos concluídos em até uma hora.

A predominância das vias intravenosa, oral e intramuscular confirma que o perfil assistencial permaneceu centrado no manejo de síndromes dolorosas, quadros

gastrointestinais infecciosos, condições clínicas agudas e situações que exigem intervenção terapêutica rápida e resolutiva.

Os resultados demonstram que a UPA Alto da Ponte manteve elevado padrão de eficiência assistencial, segurança dos processos e capacidade operacional, evidenciando a efetividade dos fluxos internos e a maturidade das estratégias adotadas para garantia da qualidade do cuidado prestado à população.

Dessa forma, o desempenho observado em maio reforça a consistência operacional da unidade e sua capacidade de responder de forma ágil, segura e resolutiva ao aumento da demanda assistencial, mantendo elevados padrões de qualidade mesmo diante de cenários de maior pressão sobre os serviços de urgência e emergência.

7. INDICADORES DE GESTÃO - UPA ALTO DA PONTE

7.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período



Análise crítica: No mês de maio de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 13.198 fichas de atendimento faturadas, mantendo 100% de conformidade no processo de faturamento, com integridade completa dos registros e preservação dos

padrões de qualidade, rastreabilidade e segurança das informações assistenciais e administrativas.

Em comparação ao mês anterior (12.089 fichas faturadas), observa-se aumento de 1.109 registros, correspondente a uma variação aproximada de +9,17%, comportamento compatível com o crescimento da demanda assistencial observado no período, tanto nos atendimentos clínicos quanto pediátricos.

Apesar do aumento do volume faturado, o processo manteve-se tecnicamente estável, sem ocorrência de perdas de registros, inconsistências documentais ou glosas, evidenciando a robustez dos fluxos administrativos e a confiabilidade dos mecanismos de consolidação dos dados assistenciais.

O fluxo operacional permaneceu estruturado, com exportação regular dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) por meio da plataforma Saludem, garantindo agilidade, consistência e rastreabilidade integral dos atendimentos realizados.

As auditorias internas de prontuários e a atuação permanente da Comissão de Revisão de Prontuários continuaram contribuindo para a qualidade documental, padronização dos registros assistenciais e correta codificação dos procedimentos, assegurando elevada precisão na composição dos lotes encaminhados para faturamento.

O mês de maio apresentou expansão do volume de produção faturada, acompanhando o aumento da procura pelos serviços da unidade, sem qualquer impacto negativo sobre a qualidade dos processos ou sobre a conformidade dos registros.

A manutenção de 100% de conformidade, mesmo diante do aumento expressivo do volume processado, reforça a maturidade dos fluxos administrativos, a efetividade dos mecanismos de controle interno e a integração entre as equipes assistenciais e administrativas.

Os resultados obtidos em maio demonstram a continuidade da excelência operacional no processo de faturamento da unidade, com preservação integral da qualidade, segurança e rastreabilidade das informações produzidas.

A UPA Alto da Ponte mantém, portanto, um processo de faturamento sólido, confiável e alinhado às diretrizes institucionais, garantindo a fidedignidade dos dados assistenciais e o adequado suporte à gestão contratual, mesmo diante das oscilações naturais da demanda e do aumento do volume de atendimentos registrados no período.

7.2 Percentual de Atendimento a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade

Atendimento a pessoas vulneráveis



Análise Crítica: No mês de maio de 2026, a UPA Alto da Ponte manteve 100% de conformidade no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, preservando os padrões de acolhimento humanizado, inclusão e garantia de direitos consolidados na unidade. Todos os critérios avaliados foram integralmente atendidos, demonstrando a efetividade dos fluxos institucionais e a continuidade das práticas assistenciais voltadas à promoção da equidade no cuidado.

A identificação das pessoas em situação de vulnerabilidade continuou sendo realizada de forma sistematizada no sistema informatizado durante a abertura da ficha de atendimento, permitindo o adequado direcionamento dos usuários dentro do fluxo assistencial e assegurando abordagem compatível com suas necessidades específicas.

O campo destinado ao registro do nome social e a sinalização eletrônica de vulnerabilidade (flag) permaneceram plenamente funcionais, garantindo que as equipes assistenciais tenham acesso prévio às informações necessárias para um atendimento respeitoso, humanizado e alinhado aos princípios de dignidade, inclusão e respeito à diversidade.

A sinalização de atendimento preferencial manteve-se visível, organizada e estrategicamente distribuída nos ambientes da unidade, favorecendo a orientação dos usuários e assegurando o cumprimento dos direitos legalmente estabelecidos para os grupos prioritários.

Os espaços destinados ao acolhimento especializado, incluindo a Sala Lilás, a Sala do Afeto e o Serviço Social, permaneceram em pleno funcionamento durante todo o período, oferecendo suporte qualificado, ambiente reservado e assistência direcionada às situações de vulnerabilidade social, violência, fragilidade emocional e demais demandas específicas identificadas durante os atendimentos.

A equipe multiprofissional manteve as ações contínuas de capacitação e sensibilização relacionadas ao acolhimento humanizado e ao atendimento das populações vulneráveis, fortalecendo a aplicação dos protocolos institucionais e a qualidade da assistência prestada. Os registros das capacitações, listas de presença e evidências das atividades permanecem devidamente organizados e arquivados, garantindo rastreabilidade e conformidade documental.

Da mesma forma, a divulgação dos direitos relacionados ao atendimento prioritário permaneceu assegurada por meio de sinalizações, orientações aos usuários e organização adequada dos espaços de espera, contribuindo para um ambiente acolhedor, acessível e inclusivo.

Os resultados de maio evidenciam a manutenção da qualidade assistencial, da efetividade das estratégias de humanização e do compromisso institucional com a proteção e o cuidado das populações em situação de vulnerabilidade. A UPA Alto da Ponte segue fortalecendo práticas que promovem equidade, respeito aos

direitos dos usuários e acesso qualificado aos serviços de saúde, mesmo diante das oscilações naturais da demanda assistencial.

7.3 Percentual de comissões atuantes e regulares



Análise crítica: Segue abaixo um breve relato da atuação das comissões na unidade:

Comissão Revisão de Prontuários:

A reunião foi conduzida pelo Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, que abriu os trabalhos agradecendo a presença de todos. Em seguida, foram apresentados os dados referentes aos meses de abril e maio de 2026, contemplando a análise de 181 prontuários. Durante a avaliação desse período, evidenciou-se como principal ponto de atenção a ausência de assinatura e carimbo em diversos registros, aspecto que requer reforço junto às equipes.

Comissão de Ética de Enfermagem:

Durante a reunião, foram apresentados os links dos cursos on-line disponibilizados pela plataforma do COREN-SP, destinados à atualização profissional da equipe de enfermagem, com ênfase na capacitação em ética, legislação e registros de enfermagem. Foi reforçada a importância da participação dos profissionais nas atividades que ocorrerão durante o mês de junho de 2026, visando o aprimoramento contínuo do conhecimento e da prática assistencial.

Comissão Núcleo segurança do Paciente (NSP):

No dia 27/05/2026, foi realizada a reunião da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente, iniciada com agradecimento aos participantes. Na sequência, foi apresentado o evento adverso nº 202656122824, previamente discutido em reunião clínica e devidamente notificado no sistema institucional. Por fim, foi apresentado o cronograma de atividades referente ao mês de junho de 2026.

Comissão de Ética Médica (CEM):

A Comissão de Ética Médica possui caráter bimestral, portanto, a próxima reunião será 19/06/2026.

Comissão de Revisão de Óbitos (CRO):

A Comissão de Revisão de Óbitos foi realizada no dia 12/05/2026. No período observado, entre março e abril de 2026, foram identificados 14 óbitos, já que um registro em abril foi dado como "RASURADO". Entre os registros válidos, 8 pertencem ao mês de março e 6 ao mês de abril, o que mostra uma concentração maior de ocorrências em março dentro do conjunto analisado.

Comissão de Bioética:

A Comissão de Bioética possui caráter trimestral, portanto, a próxima reunião será 17/06/2026.

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde:

Na reunião da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), foram apresentados os indicadores referentes ao mês de Maio, permitindo a análise do desempenho da unidade no período. Também foi apresentado o Programa de Controle de Infecção, já aprovado pela sede e devidamente inserido no sistema de gestão da qualidade. Foram mencionadas as atividades realizadas no período, incluindo a ação educativa promovida pelo técnico de segurança do trabalho voltada para o descarte de resíduos de serviços de saúde, além das capacitações voltadas à higienização das mãos, limpeza e desinfecção hospitalar, campanha de vacinação dos colaboradores contra dengue. Em relação ao planejamento para o mês de junho, foram destacadas as próximas ações, como capacitações sobre NR6, NR32, PGRSS, PPRAMP, Medicamentos de alta vigilância.

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT): Em reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica realizada em 27 de maio de 2026, foi conduzida avaliação técnica dos dispositivos auxiliares para intubação orotraqueal utilizados nas unidades de urgência e emergência. A discussão contemplou a comparação entre os fios-guia reutilizáveis/autoclaváveis e o introdutor para intubação tipo Bougie descartável e estéril, considerando aspectos relacionados à segurança do paciente, controle de infecção, disponibilidade operacional, rastreabilidade e custos assistenciais.

Reunião Técnica:

Foram discutidas ações voltadas à melhoria da segurança assistencial e dos processos internos da unidade, incluindo o acompanhamento de pacientes em

espera por regulação via Siresp/CROSS, o correto preenchimento dos protocolos assistenciais, a vedação do acionamento de profissionais externos e a adequação do preenchimento das Declarações de Óbito. Também foi definida a padronização do aprazamento das prescrições e aprovada a implantação do Time de Código Azul para atendimento às paradas cardiorrespiratórias.

Reunião Clínica:

Foram abordados temas relacionados à melhoria dos processos assistenciais, incluindo a padronização dos encaminhamentos à Rede de Infarto, definição dos exames necessários para pacientes aguardando cateterismo, assistência a pacientes intubados em isolamento, orientações sobre o uso correto do aspirador, manutenção da diretriz de não realização de nebulização na unidade e obrigatoriedade da solicitação de pesquisa para Influenza (H1N1) em casos de SRAG. Foram estabelecidas ações, responsáveis e prazos para implementação das melhorias discutidas.

Comissão de Radioproteção:

A Comissão de Radioproteção possui caráter trimestral, portanto, a próxima reunião será dia 26/06/2026.

Programa de Prevenção de Risco de Acidente com Materiais de Perfurocortantes (PPRAMP)

No mês de maio foram registrados dois acidentes com materiais perfurocortantes, pontos que foram levantados de acordo com as investigações:

- Equipamento defeituoso "Scalp" em que a trava de segurança escapou, fazendo com que a funcionária tivesse o dedo polegar perfurado pela agulha. Após análise, não foram mais encontrados dispositivos com o mesmo problema.
- Acidente com causa raiz sendo ação de terceiros, em que o paciente fez um tranco com o braço, fazendo com que a técnica que estava passando medicação

tivesse o dedo indicador perfurado pela agulha do scalp. Reação voluntária por parte do paciente, não sendo possível prever ou se prevenir.

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio:

Repassado resultados de pesquisa de clima, com foco em levantamento de fatores de riscos psicossociais. Foram abordadas as tratativas pertinentes a CIPA de acordo com o plano de ação do PGR, para que os riscos encontrados sejam minimizados e possuam medidas de controle.

Comissão de Humanização:

No mês de maio, a equipe de Humanização reuniu-se para discutir a reorganização de sua composição e o planejamento das ações a serem desenvolvidas ao longo do mês de junho. Entre as pautas abordadas, destacaram-se as atividades relacionadas à campanha Junho Vermelho, voltada à conscientização e incentivo à doação de sangue.

Foi também informado às participantes sobre a realização de uma palestra referente à prevenção e ao enfrentamento do abuso infantil, que será ministrada pela Conselheira Tutelar Lucila, reforçando o compromisso da unidade com a promoção de ações educativas e de proteção à infância e adolescência.

Outro tema discutido foi a decoração da unidade para o período festivo, contemplando elementos alusivos às comemorações juninas e à Copa do Mundo, com o objetivo de promover um ambiente mais acolhedor e humanizado para usuários e colaboradores.

Considerando a proximidade do período de baixas temperaturas, foi deliberado o início da Campanha do Inverno na unidade, com foco na arrecadação de roupas, calçados e agasalhos destinados à população em situação de vulnerabilidade social.

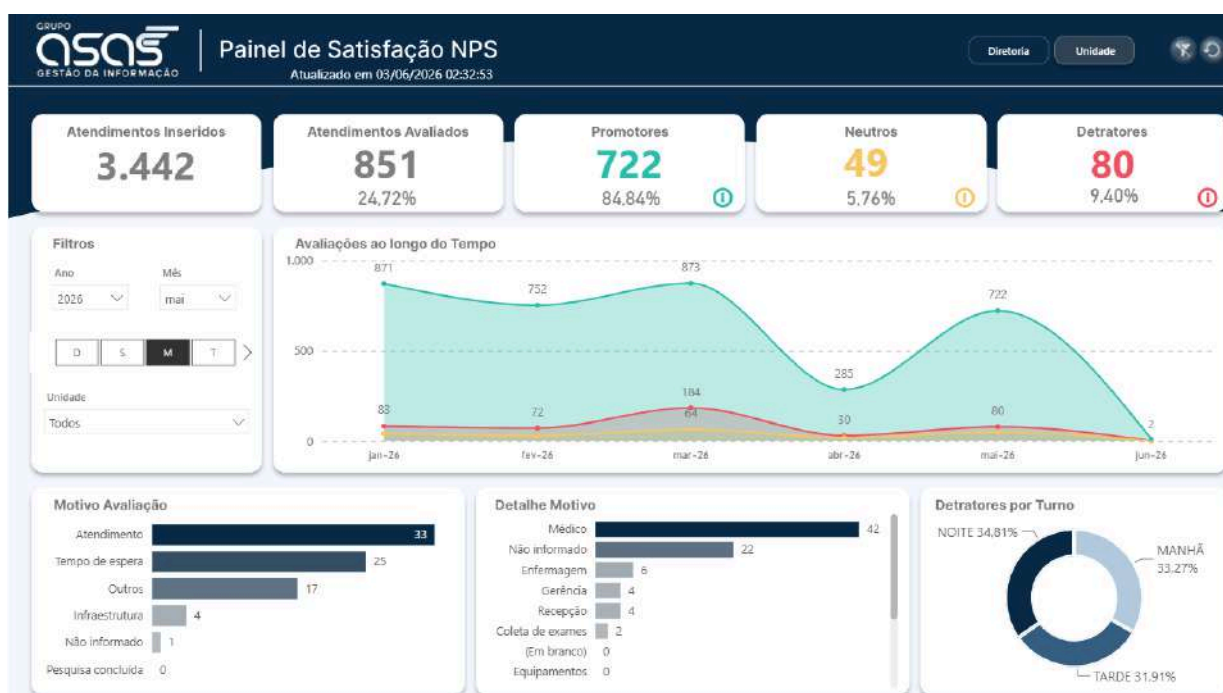
Durante a reunião, também foi apresentada a implementação de um novo formulário de notificação de violência, visando aprimorar os registros, o monitoramento dos casos e a articulação com a rede de proteção.

Por fim, ficou agendada a próxima reunião da equipe de Humanização para o dia 23 de junho de 2026, ocasião em que serão avaliadas as ações desenvolvidas e discutidas novas propostas para continuidade das atividades.

8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

8.1.1 Avaliação da Satisfação NPS



Análise crítica:

No mês de maio de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 851 avaliações válidas de satisfação, correspondendo a 24,72% dos 3.442 atendimentos inseridos no painel, percentual considerado expressivo para análise da percepção dos usuários e monitoramento da experiência do paciente.

Entre as respostas obtidas, 84,84% dos usuários foram classificados como promotores (722 avaliações), 5,76% como neutros (49 avaliações) e 9,40% como

detratores (80 avaliações). Com base nesses resultados, o indicador de satisfação (NPS) atingiu aproximadamente 75,44%, permanecendo em faixa de excelência para serviços de saúde e demonstrando elevada aprovação dos usuários em relação aos serviços prestados pela unidade.

O resultado evidencia manutenção de um elevado nível de satisfação dos usuários, reforçando o reconhecimento positivo quanto à assistência oferecida, especialmente nos aspectos relacionados a:

- Qualidade do atendimento prestado
- Acolhimento e humanização da assistência
- Resolutividade clínica
- Organização dos fluxos assistenciais
- Cordialidade e atenção das equipes

A distribuição demonstra que os fatores relacionados à experiência assistencial continuam sendo os principais geradores de insatisfação, reforçando a importância do monitoramento contínuo dos processos de acolhimento, comunicação e relacionamento com o usuário.

Consultório de Experiência do Paciente

Como estratégia de fortalecimento da cultura de humanização e melhoria contínua da experiência do usuário, foi implantado em maio de 2026 o Consultório de Experiência do Paciente, iniciativa conduzida pelo Serviço Social, concierge hospitalar e supervisora do período noturno com o objetivo de realizar escuta qualificada dos usuários ainda durante sua permanência na unidade.

A ação foi estruturada para identificar precocemente possíveis insatisfações, esclarecer dúvidas, acolher demandas e atuar de forma resolutiva em situações

que poderiam evoluir para reclamações formais, permitindo intervenção imediata da equipe assistencial e da gestão quando necessário.

A implantação do consultório representa importante avanço no modelo de cuidado centrado no paciente, fortalecendo a aproximação entre usuário e instituição e ampliando os canais de comunicação direta durante o atendimento.

As abordagens realizadas possibilitaram:

- Identificação precoce de oportunidades de melhoria
- Resolução imediata de dúvidas e inconformidades
- Redução de conflitos e insatisfações durante o atendimento
- Fortalecimento da percepção de acolhimento e cuidado
- Ampliação da escuta ativa dos usuários

As imagens abaixo registram a atuação prática do Consultório de Experiência do Paciente durante o período:

Figura 1 – Atendimento e escuta qualificada realizada pelo Serviço Social no Consultório de Experiência do Paciente.



Figura 2 – Coleta estruturada de percepções e avaliação da experiência dos usuários durante a permanência na unidade.

Perguntas Respostas **65** Configurações

65 respostas

[Link para as Planilhas](#)

Resumo

Pergunta

Individual

data da avaliação

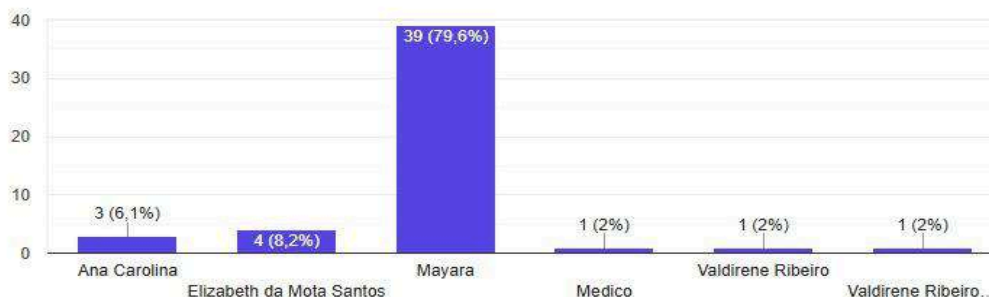
65 respostas



Profissional

49 respostas

[Copiar gráfico](#)



O desempenho observado em maio demonstra manutenção de elevado nível de satisfação dos usuários, mesmo diante do expressivo volume assistencial da unidade. A elevada participação de promotores evidencia o reconhecimento da população quanto à qualidade técnica da assistência, à humanização do cuidado e ao comprometimento das equipes.

Embora os registros de detratores permaneçam concentrados em aspectos relacionados ao atendimento e ao tempo de espera, não foram identificadas ocorrências que indiquem comprometimento estrutural dos processos assistenciais ou riscos à segurança do paciente. Os resultados apontam que grande parte das

manifestações negativas está relacionada à percepção individual da experiência de atendimento.

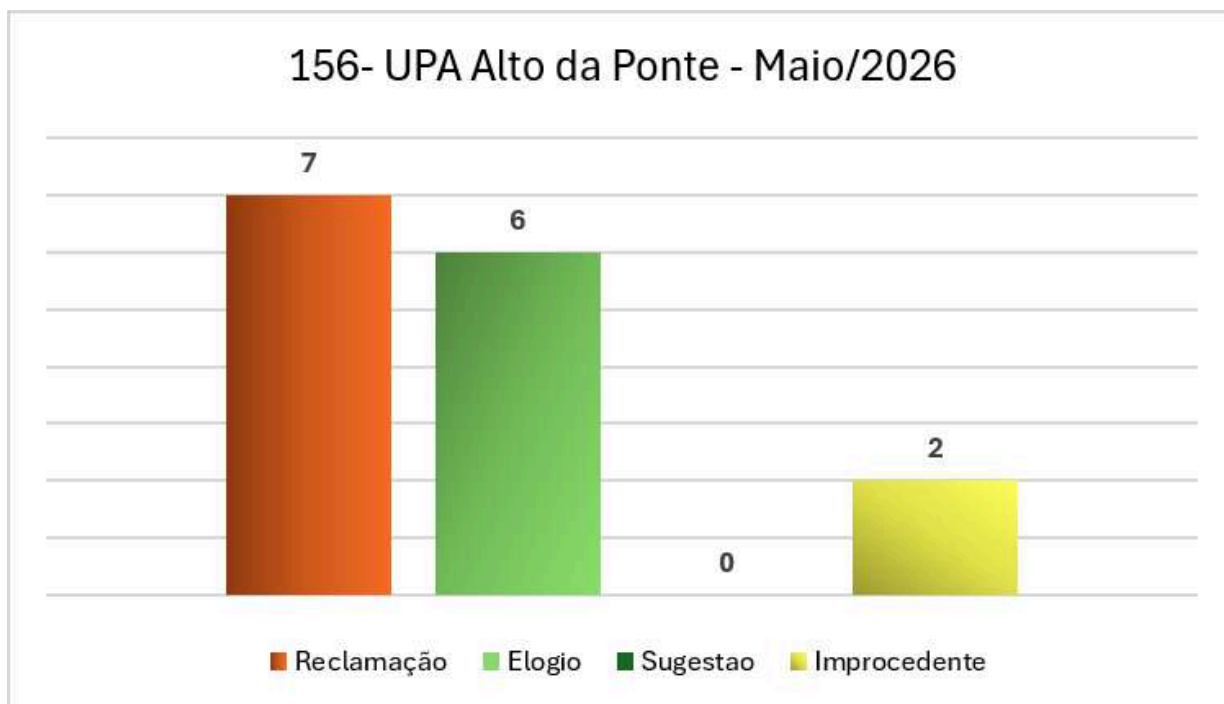
A implantação do Consultório de Experiência do Paciente representa importante ação corretiva e preventiva, ampliando a capacidade institucional de escuta ativa e resolução de demandas em tempo oportuno. A iniciativa fortalece o cuidado centrado no usuário e demonstra o compromisso da UPA Alto da Ponte com a melhoria contínua dos serviços prestados.

Conclusão

- Avaliações realizadas: 851
- Taxa de participação: 24,72%
- Promotores: 84,84%
- Neutros: 5,76%
- Detratores: 9,40%
- NPS: 75,44%

Os resultados de maio confirmam a manutenção de um elevado padrão de satisfação dos usuários, associado à consolidação das práticas de humanização e à busca contínua pela excelência assistencial. Destaca-se, no período, a implantação do Consultório de Experiência do Paciente, iniciativa estratégica que fortalece a escuta qualificada, a resolutividade das demandas e o aprimoramento permanente da experiência do usuário na UPA Alto da Ponte.

8.1.4 Ouvidoria Municipal - 156



Análise crítica: No mês de maio de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 15 manifestações por meio do serviço 156, representando redução de 34,8% em relação ao mês de abril, quando foram registradas 23 manifestações. A diminuição do volume total de registros sugere redução da demanda junto à ouvidoria, mantendo-se o monitoramento contínuo da percepção dos usuários em relação aos serviços prestados pela unidade.

Distribuição das Manifestações

Reclamações: 7 (46,7%)

Elogios: 6 (40,0%)

Improcedentes: 2 (13,3%)

Sugestões: 0 (0%)

Análise das Reclamações

As 7 reclamações registradas no período estiveram relacionadas principalmente à percepção dos usuários quanto ao atendimento recebido, incluindo aspectos de comunicação, acolhimento, tempo de espera e expectativas assistenciais. Após análise dos casos, não foram identificadas falhas estruturais ou assistenciais sistêmicas capazes de comprometer a segurança do paciente ou a capacidade operacional da unidade.

Observa-se que parte das manifestações está relacionada à divergência entre a expectativa do usuário e a avaliação técnica realizada pela equipe assistencial, situação comum em serviços de urgência e emergência, onde as condutas são definidas com base em critérios clínicos e protocolos estabelecidos.

Análise das Manifestações Improcedentes

Foram registradas 2 manifestações consideradas improcedentes, ambas relacionadas à não emissão de atestados médicos.

Reitera-se que a emissão de atestado médico constitui ato técnico privativo do profissional médico, fundamentado exclusivamente na avaliação clínica realizada durante o atendimento. Nos casos em que não há incapacidade laborativa identificada ou indicação clínica para afastamento, a unidade fornece declaração de comparecimento, em conformidade com a legislação vigente e com as normativas assistenciais aplicáveis.

Análise dos Elogios

Os 6 elogios recebidos reforçam o reconhecimento dos usuários quanto à qualidade da assistência prestada pela UPA Alto da Ponte. As manifestações destacaram principalmente:

- Atendimento humanizado e acolhedor
- Cordialidade e empatia dos profissionais

- Agilidade no atendimento
- Qualidade técnica da assistência prestada
- Atenção dedicada por médicos, enfermagem e equipe multiprofissional

Os elogios evidenciam a manutenção do compromisso institucional com a humanização do cuidado e a satisfação dos usuários, mesmo diante da elevada demanda característica dos serviços de urgência e emergência.

Análise Geral

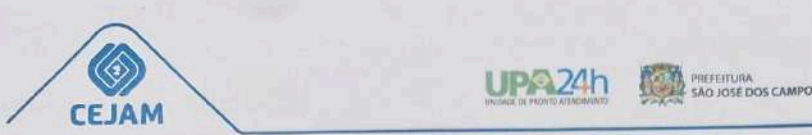
Do total de 15 manifestações registradas no mês de maio, observa-se:

- Redução de 34,8% no volume total de manifestações em relação ao mês anterior
- Predomínio de manifestações positivas e reconhecimento da assistência prestada
- Reclamações concentradas em aspectos relacionados à percepção do atendimento e expectativa dos usuários
- Manutenção de registros improcedentes relacionados à solicitação de atestados médicos sem indicação clínica
- Ausência de sugestões formais registradas no período

O cenário de maio demonstra estabilidade na percepção dos usuários em relação aos serviços prestados pela unidade. Apesar da redução do número absoluto de elogios em comparação ao mês anterior, permanece evidente o reconhecimento da qualidade assistencial oferecida pela equipe. As reclamações mantiveram perfil predominantemente relacionado à experiência individual do usuário, sem evidências de falhas estruturais ou comprometimento dos indicadores operacionais da unidade.

9. COMISSÕES E COMITÊS

9.1 Comissão de Ética de Enfermagem



ATA DA 15ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM
DA UPA ALTO DA PONTE

Ao vinte e nove do mês de maio do ano de dois mil e vinte e seis, às quatorze horas, reuniu-se a Comissão de Ética de Enfermagem da UPA Alto da Ponte, em reunião ordinária, realizada no auditório da Upa Alto da Ponte. A Sra. Valdirene Ribeiro da Silva, deu início aos trabalhos com a verificação do quórum. Em seguida, procedeu-se à leitura da ata da reunião anterior.

Presentes: Michelle Aparecida Monteiro da Luz, Sara Fabiana da Silva

Férias: Júlio Antonio Stefani, Carla Sueli de Souza

Ausentes: Fernando da Silva Viana, Giulia Ribeiro Franca

Em licença-maternidade: Débora Valeska Silva Rodrigues, Gislaine Vaz Rocha

Em licença médica: Gianni Carla Malaquias

Para cumprimento da seguinte pauta:

1. Comunicações Gerais

Foram apresentados os links dos cursos on-line disponibilizados pela plataforma do Coren-SP, destinados à atualização profissional da equipe, com ênfase na capacitação em ética, legislação e registros de enfermagem. Foi reforçada a importância da participação dos profissionais nas atividades que ocorrerão durante o mês de junho, visando o aprimoramento contínuo dos conhecimentos e da prática assistencial.

2.1 Auditoria prontuários/anotações de enfermagem

Foi destacada a melhoria nas anotações de enfermagem, reforçando a importância dos registros adequados e incentivando a busca contínua pelo aprimoramento da qualidade assistencial.

2.2 Enfermeiro/educar em saúde

UPA Alto da Ponte Rua Atzilo Lisboa, 76 - Alto da Ponte, (12) 3931-5213
São José dos Campos/SP CEP: 12212-531 upaalto@ponte.sjcc.cejam.org.br

cejam.org

Foi reforçada a importância da abordagem junto à equipe assistencial para a avaliação e implantação de métodos de reciclagem profissional, com foco no fortalecimento das competências e na promoção da troca de saberes entre os membros da equipe.

2.3 Conduta e Postura Profissional

A Comissão reforçou a importância do cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando a necessidade de postura profissional adequada, manutenção do sigilo e responsabilidade no exercício das atividades assistenciais.

3. Educação Permanente

Foram discutidas, junto à equipe, estratégias de abordagem voltadas à melhoria dos processos assistenciais, com foco na promoção da qualidade do atendimento e no benefício do paciente

4. Demandas Administrativas da Comissão

Foram atualizados os registros da Comissão de Ética de Enfermagem, revisada a organização documental e discutido o planejamento das próximas reuniões. Também foram distribuídas responsabilidades entre os membros presentes, visando otimizar a atuação da Comissão.

Nada mais havendo a tratar, a secretária agradeceu a presença dos membros e encerrou a reunião às dez horas. Eu, Valdirene Ribeiro da Silva, lavrei a presente ata, que será assinada por mim e pelos demais membros.

9.2 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPA-A)



PRÓ MEMORIA

DATA	29/05/2026	HORÁRIO	15:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIPA		

1. PAUTAS ABORDADAS

A – REPASSE DO RESULTADO DE PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL (RISCOS PSICOSSOCIAIS)

B – PLANO DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO A NR - 01

Desenvolvimento:

A reunião se iniciou com o Técnico em Segurança do Trabalho Erick Carvalho da Silva, dando o parecer a respeito do resultado de pesquisa de clima organizacional relacionado aos fatores de riscos psicossociais.

Posterior foi apresentado o plano de ação do PGR, com ações e medidas a serem implantadas e/ou documentadas em que é necessário a participação da comissão interna de prevenção de acidentes e assédio.

Ao finalizar, um dos membros "Adalgisa Patrícia da Silva" se queixou de um atendimento em que recebeu no dia anterior, onde se sentiu constrangida de ter que solicitar o atestado para o seu plantão noturno em outra empresa, alegando que não tinha condições de trabalhar.

2. DECISÕES:

A – Ações de apoio ao plano de ação do PGR.

3. PLANO DE AÇÃO:

Ação	Responsável	Prazo	Descrição	Indicadores
Execução de ações conforme plano de ação do PGR	CIPA / SESMT	90 dias	Executar ações descritas no plano de ação	Cumprimento do plano de ação do PGR.

9.3 Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente

1. Na reunião da Comissão NSP, conduzida pelo Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, foi realizada a abertura com agradecimentos pela presença de todos e a declaração formal de início da reunião.
2. Apresentado o Medicsys de nº202656122824, segue o caso: Na data de 05/05/2026, deu entrada na unidade o paciente B. F. M., DN 03/05/1952, FA 16242, com quadro de EAP, sendo prontamente atendido pela equipe da Sala Vermelha. Entre as prescrições realizadas estava a prescrição de 03 amp de Furosemida 20 mg EV e 01 amp de Nipride 50mg EV, que foram realizadas no nome de Benedito Braz Pereira Filho, DN 01/06/1981, FA232853, paciente que deu entrada na unidade em 04/05/2026 e teve alta no mesmo dia. Mesmo sendo feita a prescrição no nome de outro paciente, ela foi enviada à farmácia e dispensada, sendo administrada. Ressalto também que a prescrição de Nipride não constava o carimbo de dispensação da farmácia.
3. O caso foi notificado por meio do sistema Medicsys e analisado pela enfermeira Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, responsável pela Educação Continuada, em conjunto com o responsável técnico médico, Dr. Rodrigo Bicalho, e a responsável técnica de enfermagem, Karine Azarias Silva. Após avaliação conjunta, foi definido o encaminhamento do caso ao setor jurídico da CEJAM para apuração dos fatos e definição das medidas cabíveis.
4. **Cronograma de capacitação referente ao mês de abril**
 - Integração de novos colaboradores;
 - Capacitação sobre descarte de resíduos de serviço em saúde;
 - Capacitação sobre higienização;
 - Capacitação sobre limpeza e desinfecção hospitalar;
 - Capacitação sobre protocolo bolus de medicação;
 - Capacitação sobre protocolo SCA;
 - Capacitação sobre segurança na administração de medicações.
- a) Encerramento da reunião com data agendada da próxima para o dia 26/06/2026.

1. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Capacitação sobre NR-6 (EPI), NR 32, PGRSS, PPRAMP	Tec. Seg Trab Erick Carvalho	30 Dias	
Capacitação sobre Matriciamento de saúde mental	Serviço social	30 Dias	
Capacitação sobre Relatório assistencial	Ger. Adm Dyogo Bezerra	30 Dias	

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

Pág. 2 de 4

Capacitação sobre Medicação de alta vigilância	RT Farm Carolina Ferreira	30 Dias	
Palestra sobre Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): para onde encaminhar após o atendimento na UPA?	Serviço social	30 Dias	
Capacitação sobre Meta 4 – Cirurgia segura	Enf Ed Per Juliana Ferreira	30 Dias	
Palestra sobre doação de sangue e responsabilidade social	Serviço social	30 Dias	

2. PARTICIPANTES

9.4 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

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 abril.
- Consumo de produtos para higienização das mãos;
 - Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - 5 momentos;
 - Percentual de cumprimento ao protocolo da meta 5;
 - Percentual de adesão ao protocolo de prevenção de infecção da corrente sanguínea (BUNDLE) relacionada a passagem de CVC - RUE;
 - Percentual de adesão ao protocolo de prevenção de infecção do trato urinário (BUNDLE) relacionada a passagem de CVD - RUE;
 - Percentual de reprocessamento de PPS;
 - Efetividade de limpeza dos materiais de CME;
 - 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;
 - Percentual de recoletas de material biológicos;

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

Pág. 1 de 5

- Percentual de assertividade ao protocolo e ATB nas unidades de urgência e emergência;
- Gerenciamento de resíduos de saúde;
- Percentual de conformidade das visitas técnicas -CCIRAS - Área Crítica (RAS);
- Percentual de conformidade das visitas técnicas -CCIRAS - Área Semi Crítica (RAS);
- Percentual de conformidade das visitas técnicas -CCIRAS - Área Não Crítica (RAS);
- Percentual do cumprimento do PCI - Programa de Controle de Infecção.

c) Análise da Água

Foi realizada a análise da água da unidade, com o objetivo de monitorar a qualidade e garantir a segurança para uso nas atividades assistenciais. O acompanhamento periódico é essencial para assegurar a conformidade dos parâmetros avaliados e contribuir para a prevenção de riscos relacionados à qualidade da água.

d) Descarte de resíduo de serviço em saúde

Foi realizada uma capacitação sobre o descarte de resíduos de serviços de saúde para os colaboradores da unidade, com o objetivo de reforçar as boas práticas relacionadas à segregação, acondicionamento e descarte correto dos resíduos gerados nos setores assistenciais. Durante o treinamento, foram abordadas as classificações dos resíduos, os riscos relacionados ao manejo inadequado e a importância do cumprimento das normas de biossegurança e do PGRSS, visando a segurança dos profissionais, pacientes e do meio ambiente.

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

Pág. 2 de 5

e) Limpeza e higienização

Foi realizada uma capacitação sobre limpeza e desinfecção para os colaboradores da higiene, com foco na padronização dos processos, uso correto dos produtos saneantes, técnicas adequadas de limpeza concorrente e terminal, além da importância da desinfecção das superfícies para a prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. O treinamento teve como objetivo reforçar as boas práticas, promover maior segurança aos pacientes e colaboradores e garantir a qualidade dos serviços prestados na unidade.

f) Campanha de vacinação para os colaboradores da unidade

Foi realizada uma campanha de vacinação voltada aos colaboradores da unidade, com o objetivo de atualizar o esquema vacinal dos profissionais e fortalecer as medidas de prevenção e proteção à saúde ocupacional. A ação buscou ampliar a cobertura vacinal da equipe, reduzindo os riscos de transmissão de doenças e promovendo um ambiente mais seguro para colaboradores e pacientes.

g) Higienização das mãos

Foi realizada uma dinâmica sobre higienização das mãos com os colaboradores da unidade, com o objetivo de fortalecer de forma lúdica e interativa a importância da prática na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. A atividade abordou os momentos corretos para a higienização das mãos, as técnicas adequadas e a conscientização sobre a segurança dos pacientes e profissionais.

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

Pág. 3 de 5

PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Capacitação Boas práticas na administração de medicamentos	RT farmacia Carolina	Fevereiro	O mesmo será realizado em Maio
Protocolo de Vacina	SCIRAS Joseane		Em andamento
Análise da água	CCIRAS	Abril	Concluído
Descarte de resíduo de serviço em saúde	T.S.T Erick Carvalho	Maio	Concluído
Higienização das Mãos	E.P Juliana	Maio	Concluído
Limpeza e Desinfecção	SCIRAS Joseane	Maio	Concluído
Campanha de vacinação aos colaboradores	SCIRAS Joseane	Abril	Concluído
Vacinação contra dengue para os colaboradores	SCIRAS Joseane	Maio / Junho	

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

Pág. 4 de 5

9.5 Comissão de Farmácia e Terapêutica :

CEJAM		UPA24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	
PRÓ MEMÓRIA					
DATA	27/05/2026	HORÁRIO	10h00 às 11h30		
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE				
ASSUNTO	Comissão de Farmácia e Terapêutica				

1. Pautas Abordadas

- Avaliação e padronização dos dispositivos auxiliares para intubação orotraqueal utilizados nas unidades de urgência e emergência;
- Discussão sobre a utilização de fio-guia para intubação reutilizável/autoclavável;
- Análise técnica para padronização do introdutor tipo Bougie descartável e estéril;
- Impactos relacionados à segurança do paciente, controle de infecção, disponibilidade operacional e custos assistenciais.

2. Discussões

Durante a reunião, foi realizada avaliação técnica dos dispositivos utilizados como auxiliares na intubação orotraqueal, especialmente em situações de via aérea difícil.

Foram apresentados os benefícios e limitações do fio-guia reutilizável/autoclavável, considerando a necessidade de processamento, rastreabilidade, controle de integridade do material e disponibilidade para uso imediato.

Também foi discutida a utilização do introdutor tipo Bougie descartável e estéril, dispositivo amplamente empregado em procedimentos de intubação difícil, que apresenta disponibilidade imediata, redução dos riscos relacionados ao reprocessamento e menor possibilidade de falhas decorrentes do desgaste do material. O dispositivo possui características como ponta atraumática, marcações graduadas para posicionamento e apresentação estéril de uso único. Após análise dos aspectos assistenciais, operacionais e de segurança, a comissão entendeu que a padronização do Bougie descartável proporcionará maior segurança ao paciente e padronização dos processos nas unidades assistenciais.

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	27/05/2026	HORÁRIO	10h00 às 11h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Comissão de Farmácia e Terapêutica		

3. Deliberações

- a) Aprovar a padronização do introdutor para intubação tipo Bougie descartável e estéril para utilização nas unidades de urgência e emergência;
- b) Descontinuar gradativamente a aquisição de fios-guia reutilizáveis/autoclaváveis;
- c) Atualizar a padronização institucional dos materiais relacionados ao manejo de vias aéreas;
- d) Orientar as equipes assistenciais quanto à utilização adequada do dispositivo padronizado;
- e) Monitorar o consumo e os resultados relacionados à utilização do Bougie descartável durante os próximos meses.

9.6 Reunião Clínica

PRÓ MEMÓRIA

DATA	28/05/2026	HORÁRIO	10h00 às 11h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Reunião Clínica		

1. PAUTAS ABORDADAS

Declarada aberta a reunião, foram abordadas as seguintes pautas:

a) Fluxo de encaminhamento de IAM

Identificada a ocorrência de encaminhamentos inadequados à Rede de Infarto, com destaque para casos de bloqueio de ramo esquerdo (BRE), decorrentes de interpretação equivocada do eletrocardiograma (ECG). Como plano de melhoria, será realizado treinamento com a equipe médica emergencista, voltado à acurácia da leitura do ECG e aos critérios de ativação da Rede de Infarto, com o objetivo de reduzir encaminhamentos equivocados e qualificar os tempos porta-eletrocardiograma e porta-balão.

b) Exames de rotina para pacientes aguardando CATE

Discutida a necessidade de padronização dos exames ~~de~~ procedimento para os pacientes aguardando cateterismo (CATE), uma vez que a ausência de exames de rotina (p. ex., exame de urina) tem gerado entraves para a realização do procedimento na unidade de referência. Como encaminhamento, será elaborado documento padronizado contendo a relação completa dos exames necessários para o CATE e realizado treinamento da equipe médica, evitando recusas e atrasos na referência.

c) Assistência a pacientes em IOT no isolamento

Definido que os pacientes em intubação orotraqueal (IOT) alocados no isolamento devem ser assistidos pela equipe da sala de emergência, contemplando o médico emergencista e a equipe multiprofissional, de modo a garantir a manutenção do nível de cuidado intensivo e a segurança do paciente crítico, independentemente do local físico de internação.

d) Funcionamento do aspirador

Orientada a equipe multiprofissional quanto ao funcionamento correto do aspirador, reforçando que a válvula de sucção deve permanecer fechada quando fora de uso, condição necessária para a manutenção do vácuo e o pleno funcionamento do equipamento, evitando falhas durante a assistência. e) **Realização de nebulização na unidade**

Reforçada a orientação de não realização de nebulização na unidade, em razão do risco de geração de aerossóis, mantendo-se a recomendação vigente desde o período pós-COVID-19. Como alternativa terapêutica, deverão ser priorizados dispositivos que não geram aerossol, como inaladores ~~dosimetrados~~ (spray) associados a espaçador.

f) Pesquisa de Influenza (H1N1) em SRAG

Orientada a equipe quanto à obrigatoriedade de solicitação da pesquisa de Influenza (H1N1) em todos os pacientes com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), em conformidade com os protocolos de vigilância epidemiológica, assegurando a notificação e o manejo adequados dos casos.

Nada mais havendo a tratar, declarou-se encerrada a reunião.

PLANO DE AÇÃO

+	AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
	Realizar treinamento de ECG e critérios de ativação da Rede de Infarto (UPA, BRE)	RT Médico	15 dias	
	Elaborar documento padronizado de exames de CATE e treinar a equipe médica	RT Médico	15 dias	
	Definir assistência aos pacientes em IOT no isolamento pela equipe da sala de emergência	RT Médico / RT Enfermagem	Imediato	
	Orientar a equipe quanto ao manuseio do aspirador (válvula de sucção fechada fora de uso)	RT Enfermagem	7 dias	
	Reforçar a não realização de nebulização na unidade e divulgar alternativas	RT Enfermagem	7 dias	
	Orientar a solicitação de H1N1 em todos os casos de SRAG	RT Médico / SCIRAS	7 dias	



9.7 Reunião Técnica

PRÓ MEMÓRIA

DATA	28/05/2026	HORÁRIO	10h00 às 11h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Reunião Técnica		

1. PAUTAS ABORDADAS

Declarada aberta a reunião, foram abordadas as seguintes pautas:

a) Fluxo Siresp/CROSS

Discutida a dificuldade recorrente de absorção, pela rede regulada via sistemas Siresp/CROSS, dos pacientes que aguardam vaga para transferência, com tempos de espera prolongados que impactam a rotatividade de leitos e a segurança assistencial da unidade. Como encaminhamento, deliberou-se pela estruturação de um fluxo formal de escalonamento (acionamento), assegurando ciência tempestiva da gestão sobre os casos represados, com registro do tempo de espera e priorização dos pacientes críticos.

b) Preenchimento de protocolos

Reforçada, junto a toda a equipe multiprofissional, a obrigatoriedade do preenchimento completo e correto dos protocolos assistenciais. Constatou-se preenchimento incompleto, com conseqüente perda de informação e prejuízo ao rastreamento da rota (linha de cuidado) do paciente. Como encaminhamento, será realizada orientação às equipes quanto ao registro fidedigno e integral dos protocolos, com monitoramento periódico da adesão.

c) Acionamento de profissionais externos

Reforçado à equipe multiprofissional que não devem ser acionados profissionais externos ao serviço para a prestação de qualquer modalidade de assistência na unidade. Todo atendimento deve ser realizado exclusivamente pela equipe institucional habilitada e regularmente escalada, em conformidade com as normas de responsabilidade técnica e segurança assistencial.

d) Declarações de Óbito (D.O.) rasuradas

Orientada a equipe médica quanto à vedação de rasuras nas Declarações de Óbito (D.O.). Nos casos já ocorridos, cada profissional responsável deverá encaminhar relatório médico circunstanciado justificando a inconsistência, em atendimento às exigências legais e aos requisitos de qualidade do registro.

e) Padronização do aprazamento de prescrições

Deliberada a padronização dos horários de aprazamento das prescrições no setor fechado, com o objetivo de uniformizar a administração de medicamentos, reduzir riscos de erro e otimizar a organização da assistência de enfermagem.

f) Criação do time de Código Azul

Definida a criação de um time de Código Azul para o atendimento de paradas cardiorrespiratórias (PCR), com composição multiprofissional definida, atribuições previamente estabelecidas e treinamento periódico, visando resposta rápida, coordenada e padronizada às situações de emergência.

Nada mais havendo a tratar, declarou-se encerrada a reunião.

PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Estruturar fluxo de escalonamento/acionamento da gestão para casos represados na regulação (Siresp/CROSS)	Coordenação Clínica / RT Enfermagem	15 dias	
Orientar a equipe multiprofissional quanto ao preenchimento completo e correto dos protocolos	RT Enfermagem	7 dias	
Reforçar a vedação de acionamento de profissionais externos ao serviço	Gerência / RTs	7 dias	
Orientar médicos sobre D.O. e exigir relatório circunstanciado nos casos rasurados	RT Médico	7 dias	
Padronizar o aprazamento de prescrições no setor fechado	RT Enfermagem / RT Farmácia	15 dias	
Implantar o time de Código Azul para atendimento de PCR	RT Médico / RT Enfermagem	30 dias	

9.8 Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica possui caráter bimestral, portanto, a próxima reunião será 19/06/2026.

9.9 Comissão de Humanização

A Comissão de Humanização tem caráter mensal, definida a data da próxima reunião para o dia 23/06/2026.

PRÓ MEMÓRIA

DATA	22/05/2026	HORÁRIO	08h30 às 09h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
ASSUNTO	ATA de humanização N° 14.		

1. PAUTAS ABORDADAS MAIO:

- A reunião foi coordenada pelas Assistentes Sociais Thaís de Paula e Ana Carolina, iniciando com agradecimentos às integrantes da Humanização pela comemoração e homenagem realizada em alusão ao Dia da Assistente Social, ressaltando a importância do reconhecimento e valorização profissional.
- Na sequência, Thaís trouxe como pauta a reorganização da equipe de Humanização, informando sobre a retirada dos integrantes que não se encontram ativos nas ações desenvolvidas pelo grupo, destacando que a situação já foi alinhada e está ciente ao Gerente Dyogo.
- Em relação às ações do mês de junho, referentes à campanha Junho Vermelho, Thaís informou que está em contato com o Banco de Sangue, por meio do Sr. Paulo, para verificar a possibilidade de realização de uma palestra na unidade abordando a temática da doação de sangue. Informou ainda que já há agendamento de palestra promovida pelo CAPS, prevista para os dias 29 e 30/06 na unidade.
- Ana Carolina informou que no dia 27/05 será realizada palestra sobre abuso sexual infantil, ministrada pela Conselheira Tutelar Lucila, em alusão à campanha Maio Laranja.
- Quanto às ações decorativas do mês de junho, foi informado que o painel temático já se encontra impresso e que a equipe já iniciou a elaboração da decoração junina. Durante a reunião, foram discutidos os espaços que receberão decoração, incluindo a copa e áreas destinadas à comemoração da festa junina. Também será verificada junto à gerência a possibilidade de decoração da cozinha. Ficou definido que a decoração permanecerá exposta durante os meses de junho e julho.
- Ainda referente ao período de inverno, foi alinhada a realização de campanha solidária para arrecadação de roupas de inverno e calçados. Ana Carolina destacou que o Sr. Vanderlei, da CGU, tem contribuído significativamente com doações de roupas.
- Ficou definida também a realização de café da manhã em comemoração à festa junina, programado para os dias 23/06 e 24/06, às 07h30.
- Ao final da reunião, foi apresentado aos integrantes o novo formulário de notificação de violência, com orientações gerais acerca de sua utilização.
- Sem mais para o momento, ficou agendada a próxima reunião para o dia 23/06, às 11h.

PRÓ MEMÓRIA

DATA	22/05/2026	HORÁRIO	08h30 às 09h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
ASSUNTO	ATA de humanização N° 14.		

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Implantação da sala do afeto	Gerente Dyogo Bezerra	120 dias	Pendente
Implantação da campanha de arrecadação de lacres de latinhas	Equipe Humanização	07/05 e 08/05	Concluído
Implantação das camisetas alusivas à cor da campanha vigente do mês	Equipe Humanização	07/05 e 08/05	Pendente
Reorganização do espaço pediatria	Equipe Humanização	14/05 e 15/05	Pendente
Saquinhos de roupas - Guarda roupa solidário	Equipe Humanização	30 dias	Pendente
Palestra sobre Abuso Sexual Infantil	Lucila Vieira	27/05	Concluído

PARTICIPANTES

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

Pág. 2 de 5

9.10 Comissão de Revisão de Óbitos

PRÓ MEMÓRIA CRO			
DATA	12/05/2026	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes; Dra. Adriana Mitsubashi / Dr. João Greco / Enf. Karine Azarias / Enf. Juliana Nazaré		

1. PAUTAS ABORDADAS

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

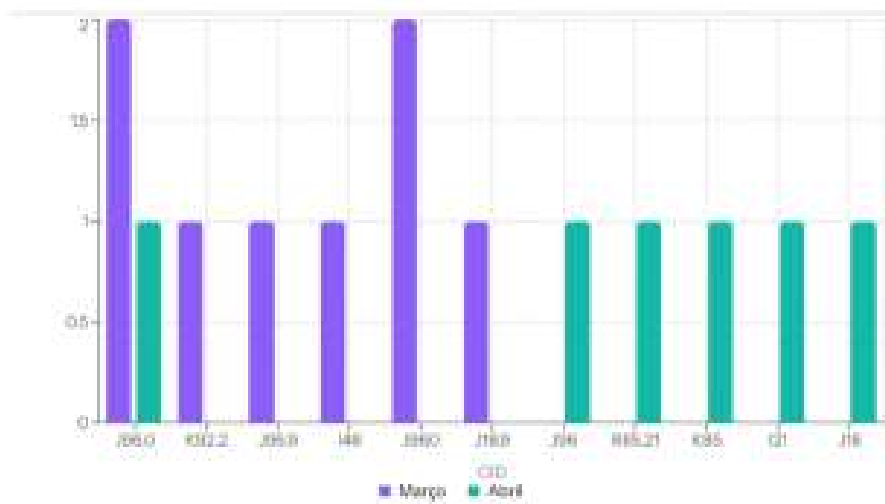
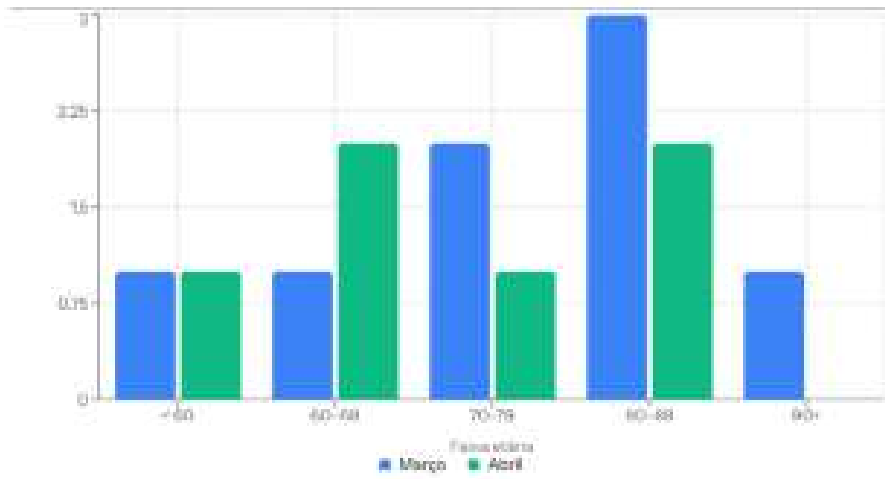
2. DECISÕES

- a) Abertura da reunião com a Dra. Adriana Mitsubashi agradecendo a presença de todos, declarando aberta a reunião.
- b) Foi ressaltado o ajuste frente aos integrantes da equipe. Comunicado a saída da Presidente e da Vice-Presidente da comissão de verificação de óbito e a entrada na nova Presidente (Adriana Mitsubashi) e do Vice-Presidente (João Rubens Greco Paes). Compondo atualmente a equipe 2 médicos e 2 enfermeiros.
- c) Segue a análise gráfica e descritiva dos óbitos do mês de março e abril de 2026:



PRÓ MEMÓRIA CRO

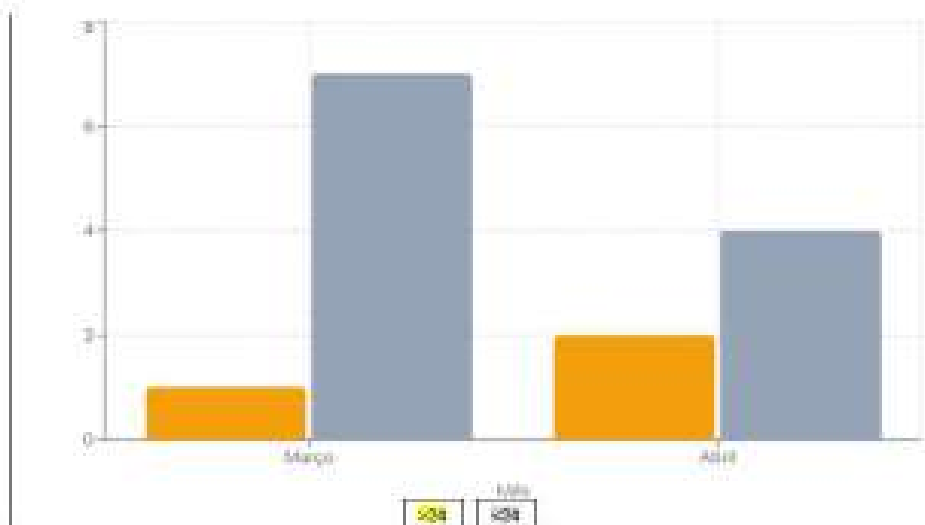
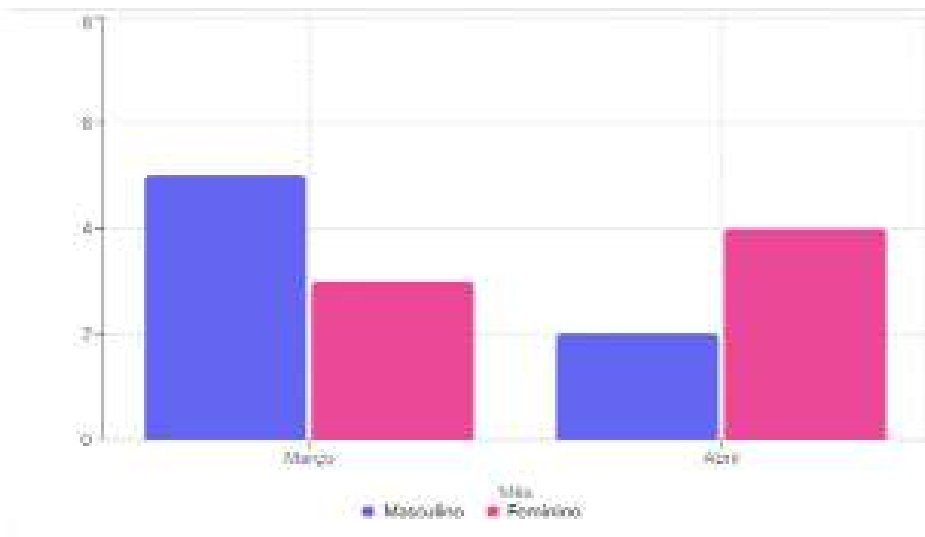
DATA	12/05/2026	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra. Adriana Mitsubashi / Dr. João Greco / Enf. Karine Azarias / Enf. Juliana Nozari		





PRÓ MEMÓRIA CRO

DATA	12/05/2026	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra. Adriana Mitsubashi / Dr. João Greco / Enf. Karina Azarias / Enf. Juliana Nazaré		



PRÓ MEMÓRIA CRO

DATA	12/05/2026	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra. Adriana Mitsubashi / Dr. João Greco / Enf. Karine Azarias / Enf. Juliana Nazaré		

No período observado, entre março e abril de 2026, foram identificados 14 óbitos, já que um registro em abril foi dado como "RASURADO". Entre os registros válidos, 8 pertencem ao mês de março e 6 ao mês de abril, o que mostra uma concentração maior de ocorrências em março dentro do conjunto analisado.


Em relação à idade, os registros mostram uma variação entre 42 e 95 anos, com média geral de 73,8 anos. Em março, as idades observadas foram 42, 65, 78, 78, 81, 87, 88 e 95 anos, resultando em média de 76,75 anos e mediana de 79,5 anos. Em abril, as idades registradas foram 51, 62, 66, 75, 83 e 83 anos, com média de 70 anos e mediana de 70,5 anos. Ao observar a distribuição por faixa etária, percebe-se maior presença de registros entre 80 e 89 anos, faixa que concentrou 5 ocorrências no total. Houve ainda 2 registros abaixo de 60 anos, 3 entre 60 e 69 anos, 3 entre 70 e 79 anos e 1 com 90 anos ou mais.

Quanto ao sexo, a distribuição geral foi equilibrada, com 7 registros do sexo masculino e 7 do sexo feminino. Em março, houve predominância masculina, com 5 homens e 3 mulheres. Já em abril, a distribuição se inverteu, com 2 homens e 4 mulheres. Assim, no consolidado dos dois meses, não houve diferença numérica entre os sexos, embora a composição mensal tenha variado.

Dos 14 óbitos, 11 foram marcados como tempo de permanência < 24 horas e 3 foram > 24 horas. Em março, houve 1 registro com > 24 horas e 7 com < 24 horas. Em abril, foram observados 2 registros com > 24 horas e 4 com < 24 horas.

No que se refere aos CIDs, os códigos apareceram de forma distribuída entre diferentes registros. Em março, foram identificados J96.0 em 2 ocorrências, J960 em 2 ocorrências, K92.2 em 1, J96.9 em 1, I46 em 1 e J18.9 em 1. Em abril, apareceram J96 em 1 ocorrência, R65.21 em 1, K85 em 1, I21 em 1, J18 em 1 e J96.0 em 1. Considerando os dois meses em conjunto, o CID J96.0 foi o mais frequente, com 3 ocorrências, seguido de J960 com 2. Os demais códigos apareceram uma vez cada no período analisado.

De forma descritiva, os indicadores captados mostram um conjunto com maior volume de registros em março, predominância de idades mais elevadas, especialmente entre 80 e 89 anos, equilíbrio entre os sexos no total analisado, predominância da sinalização do óbito < 24 horas e com maior repetição do CID J96.0, como causa principal do óbito.

			
PRÓ MEMÓRIA CRO			
DATA	12/05/2026	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra. Adriana Mitsubashi / Dr. João Greco / Enf. Karine Azarias / Enf. Juliana Nazaré		
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
Orientar a respeito rasuras e o preenchimento completo dos dados do paciente em questão.	Gestor/Coordenador da Comissão	30 dias	Em andamento

9.11 Comissão de Bioética

A Comissão de Bioética possui caráter trimestral, portanto, a próxima reunião será 17/06/2026.

9.12 Comissão de Radioproteção

A Comissão de Radioproteção possui caráter trimestral, portanto, a próxima reunião será dia 26/06/2026.

9.13 Comissão de Revisão de Prontuário

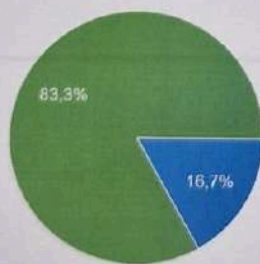
1. PAUTAS ABORDADAS

- a) Abertura da reunião com Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos. O mesmo agradece a presença de todos e declara aberta a reunião. Informamos que a médica Dra Alessandra de Oliveira não integra mais a equipe desta unidade, em razão de sua transferência para outra unidade de trabalho. Agradecemos à profissional pela dedicação, comprometimento e contribuição prestados durante o período em que esteve à frente das atividades. Comunicamos, ainda, o ingresso do Dr João Rubens Greco Paes, que assume a função de Coordenador Clínico da equipe médica desta unidade, passando a responder pelas atividades técnicas e assistenciais do serviço médico.
- b) Apresentação dos dados referente abril e maio de 2026;
- c) Analisados o total de 181 prontuários.

Recepção: Tivemos 06 apontamentos, sendo eles: 06 ausência de endereço (rua, número, bairro e município).

DADOS DO USUÁRIO

6 respostas



- Nome completo
- Data de Nascimento
- Nome da Mãe
- Endereço (rua, número, bairro e município)
- Telefones de contato
- Raça e Cor

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

Pág. 1 de 11

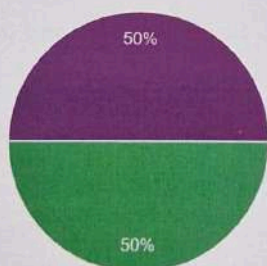
Classificação de risco: Não tivemos apontamentos sobre classificação de risco.

EQUIPE MÉDICA:

Ficha de atendimento: Tivemos 02 apontamentos. Destes 01 falta de carimbo, 01 rasura.

FICHA DE ATENDIMENTO

2 respostas

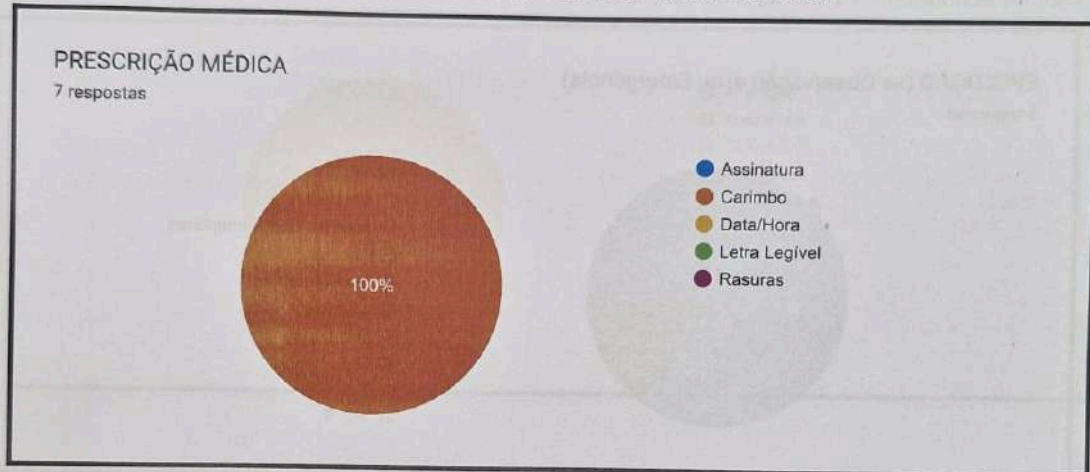


- Anamnese e Exame Físico
- HD
- Conduta
- Assinatura
- Carimbo
- Data/Hora
- Letra Legível
- Rasuras

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

Pág. 2 de 11

Prescrição médica: Tivemos 07 apontamentos. Destes 01 falta de carimbo.



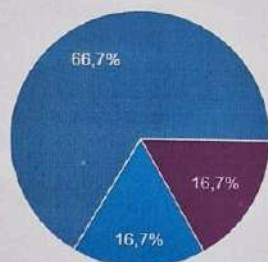
Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 3 de 11

Evolução médica: Tivemos 06 apontamentos. Deste 04 não possuíam hipótese diagnóstica, 01 por falta de assinatura e 01 por falta de carimbo.

EVOLUÇÃO (se Observação e/ou Emergência)

6 respostas



- HD
 - Exame Físico
 - Exames Complementares
 - Conduta
 - Assinatura
 - Carimbo
 - Data/Hora
 - Letra Legível
- ▲ 1/2 ▼

ENFERMAGEM

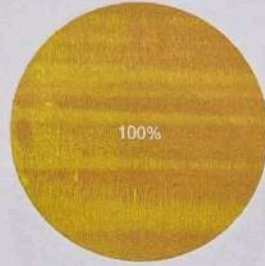
Ficha de atendimento: Tivemos 01 apontamento por falta de carimbo.

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

Pág. 4 de 11

FICHA DE ATENDIMENTO

1 resposta



- Anotação
- Assinatura
- Carimbo
- Data/Hora
- Letra Legível
- Rasuras

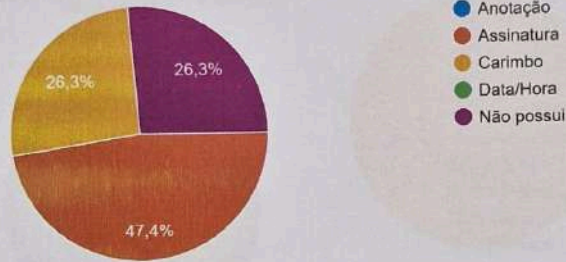
Evolução: Tivemos 19 apontamentos, sendo eles 05 não possui evolução, 05 por falta de carimbo e 09 falta de assinatura.

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

Pág. 5 de 11

EVOLUÇÃO

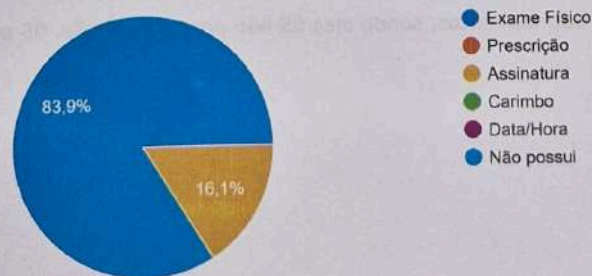
19 respostas



SAE: Tivemos 31 apontamentos. Sendo eles 26 não possui, 05 ausência de assinatura.

SAE

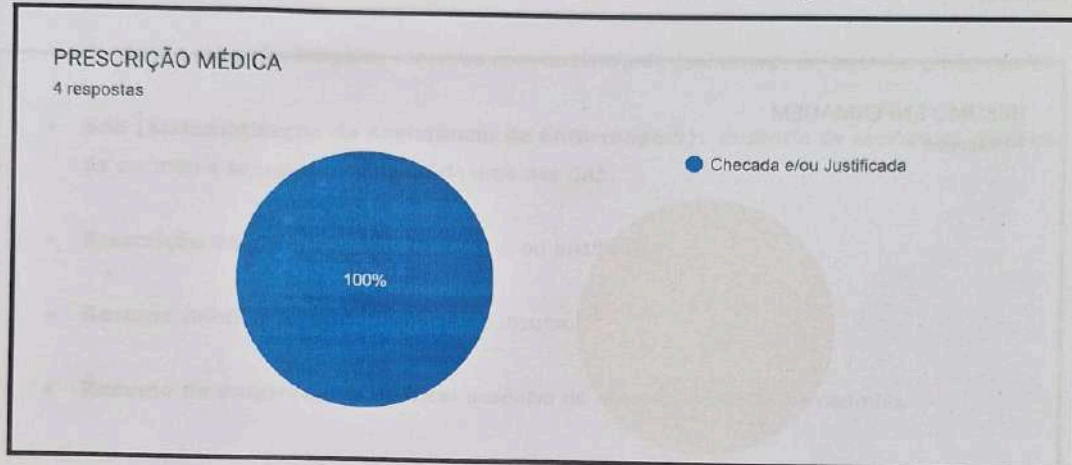
31 respostas



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

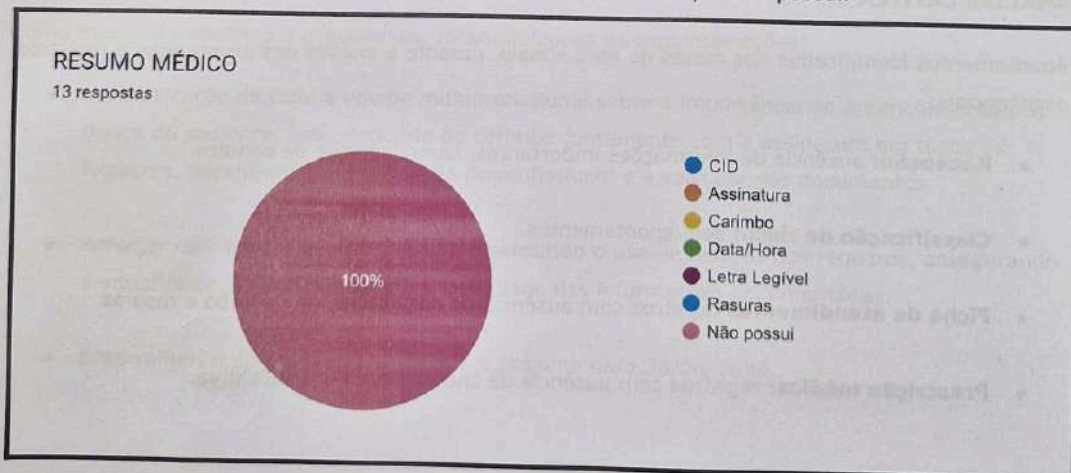
Pág. 6 de 11

Prescrição médica: Tivemos 04 apontamentos. Sendo eles: checada e ou justificada



ALTA

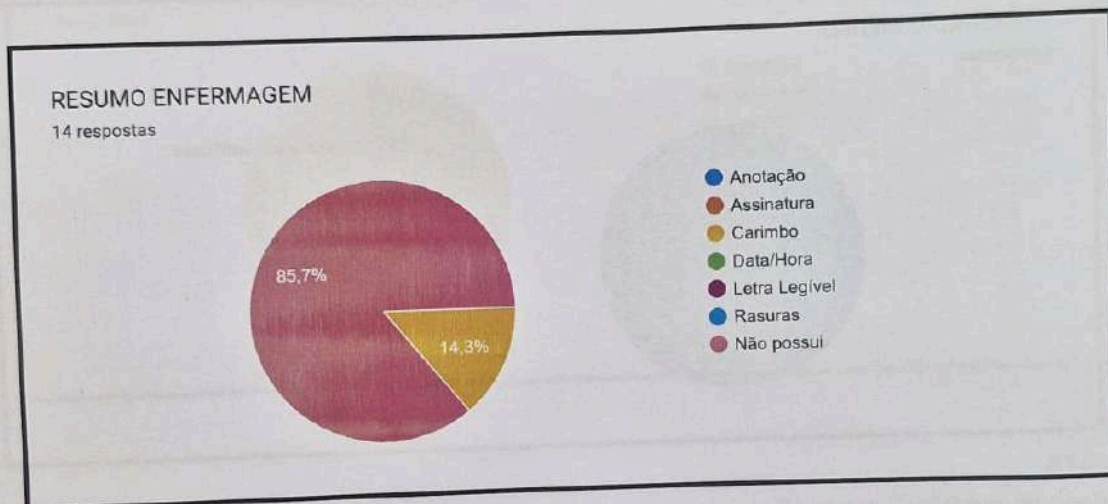
Resumo médico: Tivemos 13 apontamentos. Sendo eles todos que não possui.



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

Pág. 7 de 11

Resumo enfermagem: Foram encontradas 14 pontuações. Sendo ela: 12 não possui, 02 sem carimbo.



ANÁLISE CRÍTICA

Apontamentos identificados nos meses de abril e maio, durante a análise dos prontuários e registros assistenciais:

- **Recepção:** ausência de informações importantes, como telefone de contato.
- **Classificação de risco:** sem apontamentos.
- **Ficha de atendimento:** registros com ausência de assinatura, de carimbo e rasuras.
- **Prescrição médica:** registros com ausência de checagem e ou justificativa.

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

Pág. 8 de 11

- **Evolução médica:** registros com ausência de assinatura, falta de carimbo e não possui evolução.
- **Evolução de enfermagem:** registros com ausência de assinatura, de carimbo e não possui.
- **SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem):** ausência de assinatura, ausência de carimbo e sem preenchimento de uma das SAE.
- **Prescrição de enfermagem:** checada e ou justificada.
- **Resumo médico de alta:** ausência de resumo.
- **Resumo de enfermagem de alta:** ausência de resumo, ausência de carimbo.

PLANO DE AÇÃO:

Como medidas corretivas e preventivas, foram definidas as seguintes ações:

- Sensibilização de toda a equipe multiprofissional sobre a importância do preenchimento dos dados do paciente, uso adequado do carimbo juntamente com a assinatura em todos os registros, garantindo a identificação do profissional e a validade dos documentos.
- Reforçar com toda a equipe que não é permitido o uso de rasuras nos registros, assegurando a integridade, a confiabilidade e a legalidade das informações documentadas.
- Encerramento da reunião é agendada a próxima para 26/06/2026.

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

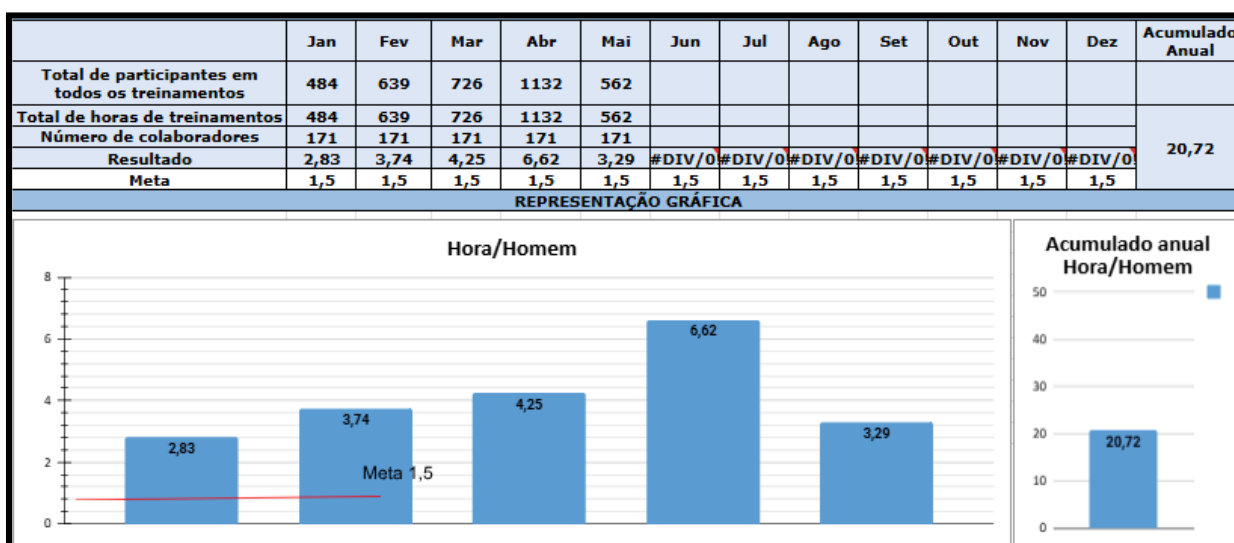
Pág. 9 de 11

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Orientação in loco aos colaboradores, sobre dados incompletos dos pacientes e protocolos da instituição.	Enfª Juliana	30 dias	
Proposta da implantação do PEP	Dyogo Bezerra	Pendente	Necessário programação do prazo devido a questões contratuais
Implantação da assinatura digital para toda a equipe de enfermagem	Enfª RT Karine Azarias Silva	120 dias	Pendente

10. EDUCAÇÃO EM PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

10.1 Indicador sobre participação em treinamentos / hora homem



Análise Crítica: A análise das ações educativas desenvolvidas no mês de maio de 2026 demonstra resultados expressivos e avanços consistentes no fortalecimento

da educação permanente em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da assistência e consolidação da cultura de segurança institucional. A participação de 562 colaboradores evidencia importante engajamento das equipes nas atividades propostas, refletindo o compromisso da instituição com o desenvolvimento profissional contínuo, a segurança do paciente e a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No período, foram realizadas nove ações educativas, contemplando palestras, treinamentos técnicos e capacitações in loco, abordando temas prioritários para o fortalecimento dos processos assistenciais e operacionais da unidade. Entre os temas desenvolvidos, destacam-se: descarte de resíduos em serviços de saúde, higienização hospitalar, limpeza e desinfecção de superfícies, protocolo de administração de medicamentos em bolus, protocolo de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Metas Internacionais de Segurança do Paciente com ênfase na segurança medicamentosa e elaboração de relatórios assistenciais. Também foram promovidos treinamentos relacionados aos fluxos assistenciais da Rede Infarto e ao protocolo clínico e pediátrico de Infecção do Trato Urinário (ITU).

Destaca-se ainda o fortalecimento das ações voltadas à integração institucional e à padronização das práticas de trabalho, por meio de orientações sobre protocolos internos, acompanhamento de campos de estágio e treinamentos realizados diretamente nos setores assistenciais. Essas iniciativas contribuíram para a uniformização dos processos, aprimoramento da comunicação entre as equipes multiprofissionais e fortalecimento da adesão aos protocolos institucionais, impactando positivamente a segurança do paciente e a continuidade do cuidado.

No que se refere ao indicador de capacitação, observou-se desempenho superior à meta estabelecida. Foram contabilizadas 562 horas de treinamento distribuídas entre 194 colaboradores efetivos, resultando em média de 3,29 horas de capacitação por colaborador no mês, superando em mais de duas vezes a meta institucional de 1,5 hora por colaborador/mês. Esse resultado evidencia a efetividade das estratégias de educação permanente implementadas e o elevado

comprometimento dos profissionais com o aprimoramento de suas competências técnicas e assistenciais.

De forma geral, os resultados alcançados demonstram uma gestão comprometida com a qualificação contínua das equipes, pautada em indicadores de desempenho e na busca permanente pela excelência assistencial. A diversidade dos temas abordados, a participação expressiva dos profissionais e o alcance de resultados superiores aos parâmetros estabelecidos reforçam a relevância da educação permanente como instrumento fundamental para o fortalecimento da cultura de segurança, melhoria dos processos de trabalho e qualificação da assistência prestada à população.

RESULTADOS										
	JAN	%	FEV	%	MAR	%	ABR	%	MAI	%
ADMINISTRATIVO	1	14%	6	86%	8	80%	6	60%	5	50%
CONTROLADORES DE ACESSO	7	58%	12	83%	15	94%	9	75%	7	58%
ENFERMAGEM 35 ENF /78 TÊC	87	77%	91	81%	96	85%	108	96%	105	93%
FARMÁCIA	9	81%	10	67%	7	50%	7	57%	9	64%
ASSISTENTE SOCIAL	1	50%	1	50%	1	50%	0	0%	1	50%
HIGIENE	4	33%	12	75%	10	63%	5	32%	12	75%
LABORATÓRIO	2	13%	5	31%	1	7%	2	14%	1	7%
CONCIERGE	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%
RADIOLOGIA	0	0%	3	43%	2	29%	0	0%	0	0%
MÉDICOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
SEGURANÇA DO TRABALHO	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%
VIGILANTE	2	50%	4	100%	4	100%	1	25%	1	25%
T.I	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	0	0%
RECEPÇÃO	9	90%	8	80%	6	55%	8	73%	6	55%
INTEGRAÇÃO	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%	3	100%

Análise Crítica: A avaliação das ações educativas realizadas no mês de maio de 2026 evidencia resultados positivos e avanços significativos no fortalecimento da educação permanente em saúde como ferramenta estratégica para o desenvolvimento institucional. A participação de 562 colaboradores demonstra expressiva adesão das equipes às atividades propostas, reforçando o comprometimento da instituição com o aperfeiçoamento profissional, a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Durante o período, foram promovidas 09 atividades educativas, incluindo palestras, treinamentos técnicos e capacitações realizadas diretamente nos setores, contemplando temas essenciais para o aprimoramento dos processos assistenciais e organizacionais da unidade. Entre os assuntos abordados, destacam-se: gerenciamento e descarte adequado de resíduos em serviços de saúde, práticas de higienização hospitalar, limpeza e desinfecção de ambientes e superfícies, protocolo para administração de medicamentos em bolus, protocolo de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Metas Internacionais de Segurança do Paciente com foco na segurança medicamentosa, além da elaboração e qualificação dos registros assistenciais. Também foram desenvolvidos treinamentos voltados aos fluxos da Rede Infarto e ao protocolo clínico e pediátrico de Infecção do Trato Urinário (ITU).

A variedade dos conteúdos trabalhados demonstra uma proposta educativa ampla e multidisciplinar, direcionada tanto ao aprimoramento técnico dos profissionais quanto ao fortalecimento de práticas assistenciais seguras, humanizadas e alinhadas aos princípios da qualidade e da integralidade do cuidado.

Ressalta-se ainda o investimento em ações voltadas à integração institucional e à uniformização dos processos de trabalho, por meio de capacitações relacionadas aos protocolos internos, incluindo o Protocolo de Documento Interno, orientações destinadas aos campos de estágio e treinamentos realizados de forma descentralizada nos setores assistenciais. Essas iniciativas favorecem o alinhamento das condutas entre as equipes multiprofissionais, fortalecem a adesão aos protocolos institucionais e contribuem para a consolidação de uma cultura organizacional baseada na segurança, na eficiência operacional e na excelência da assistência prestada.

De forma geral, as atividades desenvolvidas no período demonstram o compromisso institucional com a qualificação contínua das equipes e com a promoção de um ambiente de aprendizagem permanente, capaz de impactar positivamente os processos de trabalho, a segurança do paciente e os resultados assistenciais da unidade.

O percentual de participação dos colaboradores variou de acordo com o público-alvo e os setores envolvidos. Entre os resultados, destacam-se:

- Enfermagem: 93%
- Segurança do trabalho: 100%
- Higiene: 75%
- Concierge e Integração: 100% de adesão.

As ações de capacitação estabelecem como meta mínima a participação de 80% dos colaboradores em cada setor. De modo geral, os resultados alcançados no período demonstram desempenho favorável, com diversos setores atingindo e superando o percentual previsto, evidenciando o comprometimento das equipes com o aprimoramento contínuo das competências profissionais e com o fortalecimento de uma cultura organizacional pautada no aprendizado permanente.

A análise dos indicadores revela evolução consistente no envolvimento dos profissionais com as atividades educativas, refletindo a efetividade das estratégias de educação permanente desenvolvidas pela instituição. A elevada adesão observada reforça o interesse das equipes na atualização de conhecimentos, na qualificação técnica e na melhoria dos processos de trabalho.

Nesse contexto, as ações educativas consolidam-se como importante ferramenta para o desenvolvimento profissional, contribuindo para a padronização das práticas assistenciais, o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e a promoção da qualidade dos serviços prestados. Os resultados obtidos demonstram o impacto positivo das iniciativas de capacitação na construção de uma assistência cada vez mais segura, eficiente e alinhada às diretrizes institucionais.

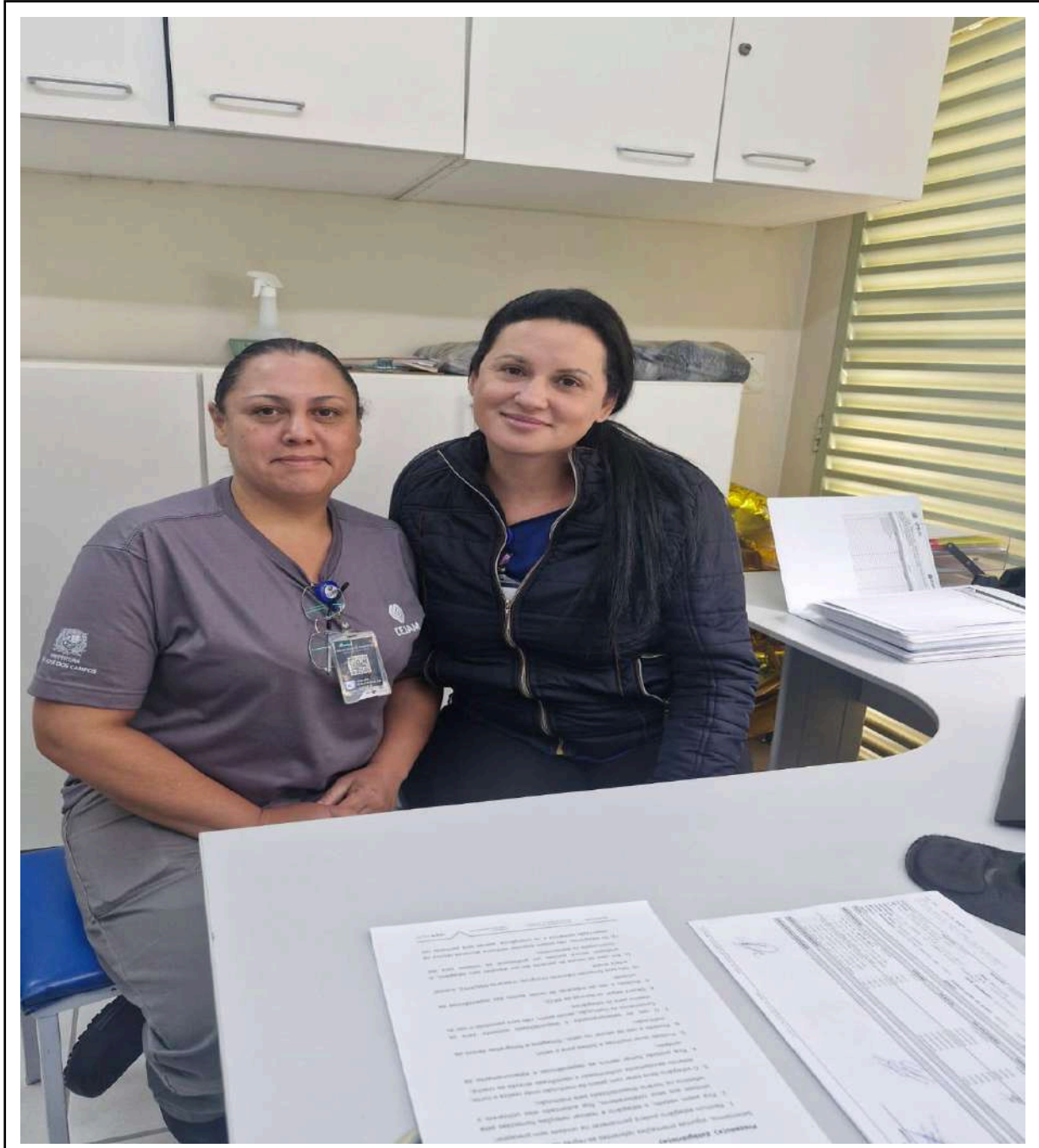
11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE

Integração enfermeiros



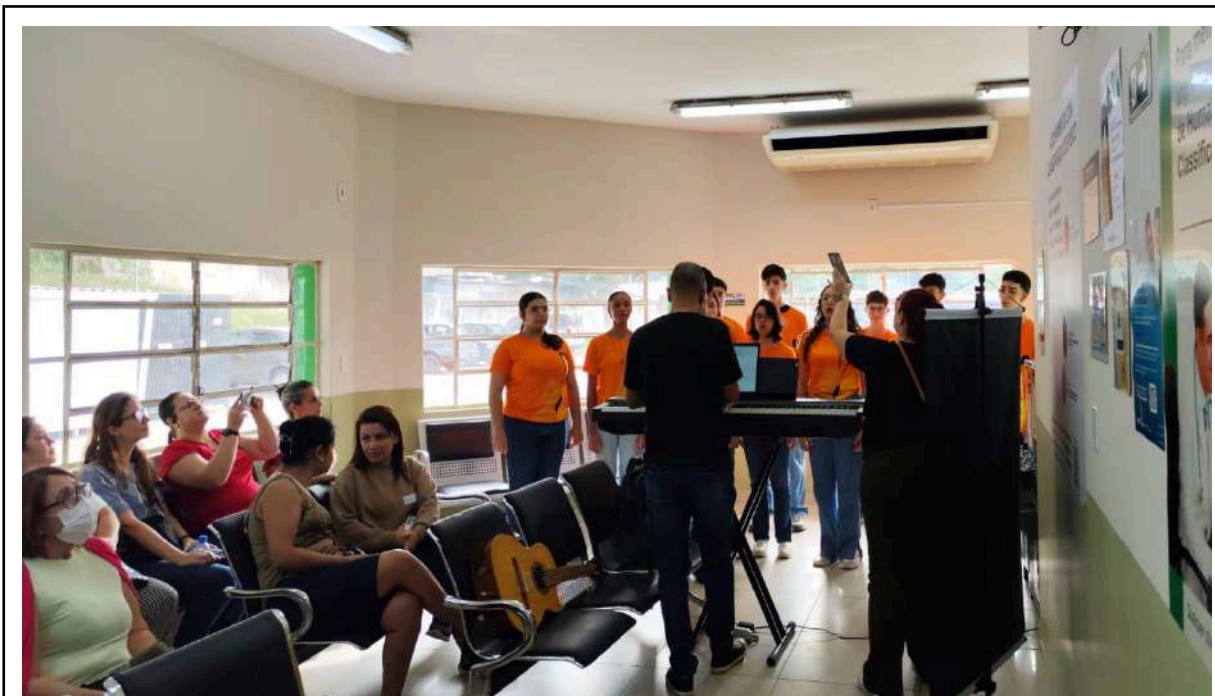
ENFERMEIROS: MICAELA E MARCIO

Integração auxiliar de limpeza



Angela Maria

Visita do Coral Contraponto



Comemoração da Semana da Enfermagem

Entrega de brindes na semana da enfermagem



Enfermeiros Premiados

Roda Roleta semana da enfermagem





Treinamento limpeza e desinfecção hospitalar





Dia do Assistente Social







Visita Palhaçaria

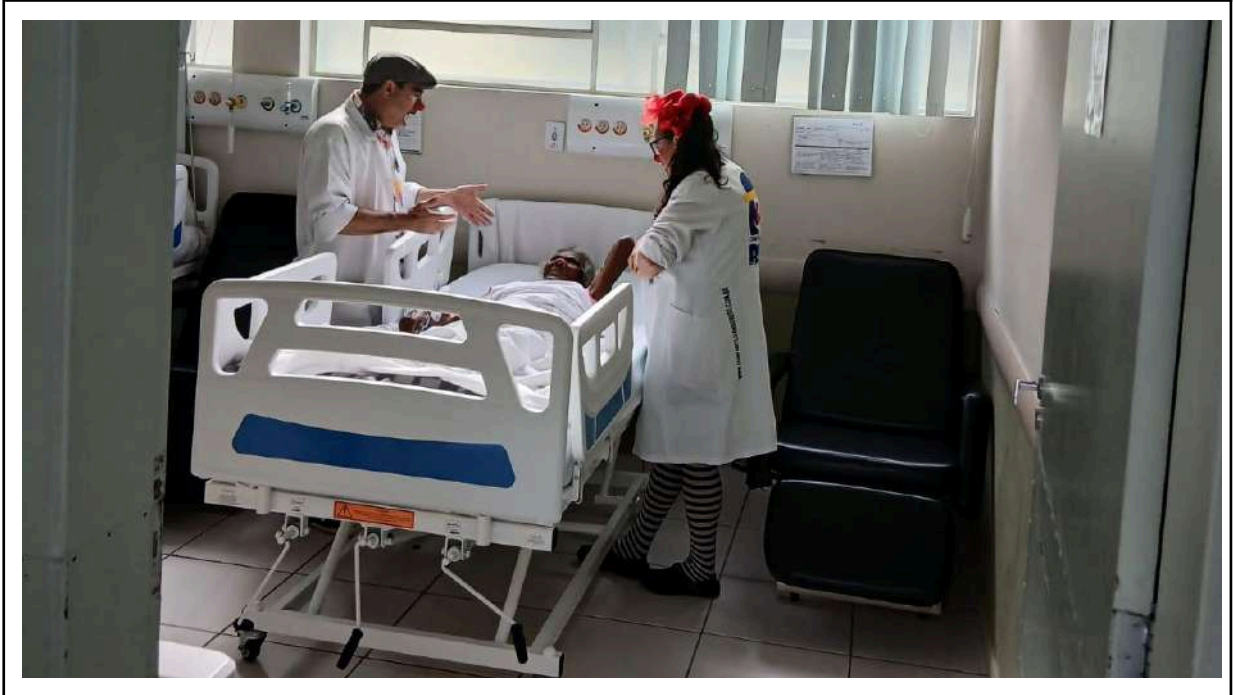












**CELEBRAÇÃO DO DIA DAS MÃES
ENTREGAS DE LEMBRANCINHAS
PERÍODO NOTURNO**



Entrega das lembrancinhas dia das mães período noturno



ENTREGAS DE LEMBRANCINHAS PERÍODO DIURNO











CAPACITAÇÃO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA





Palestra

! MAIO

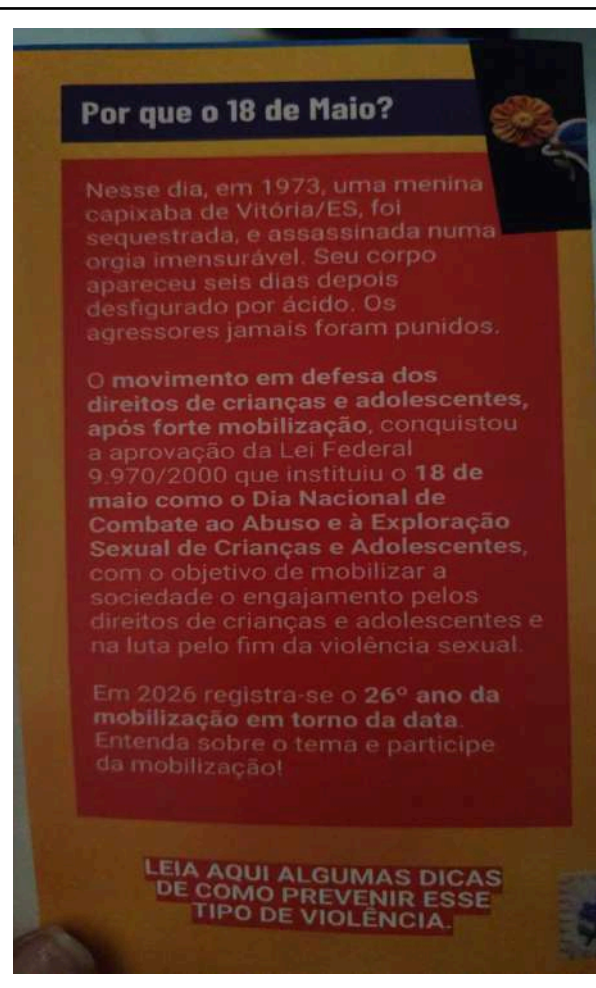
Laranja

Combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes.

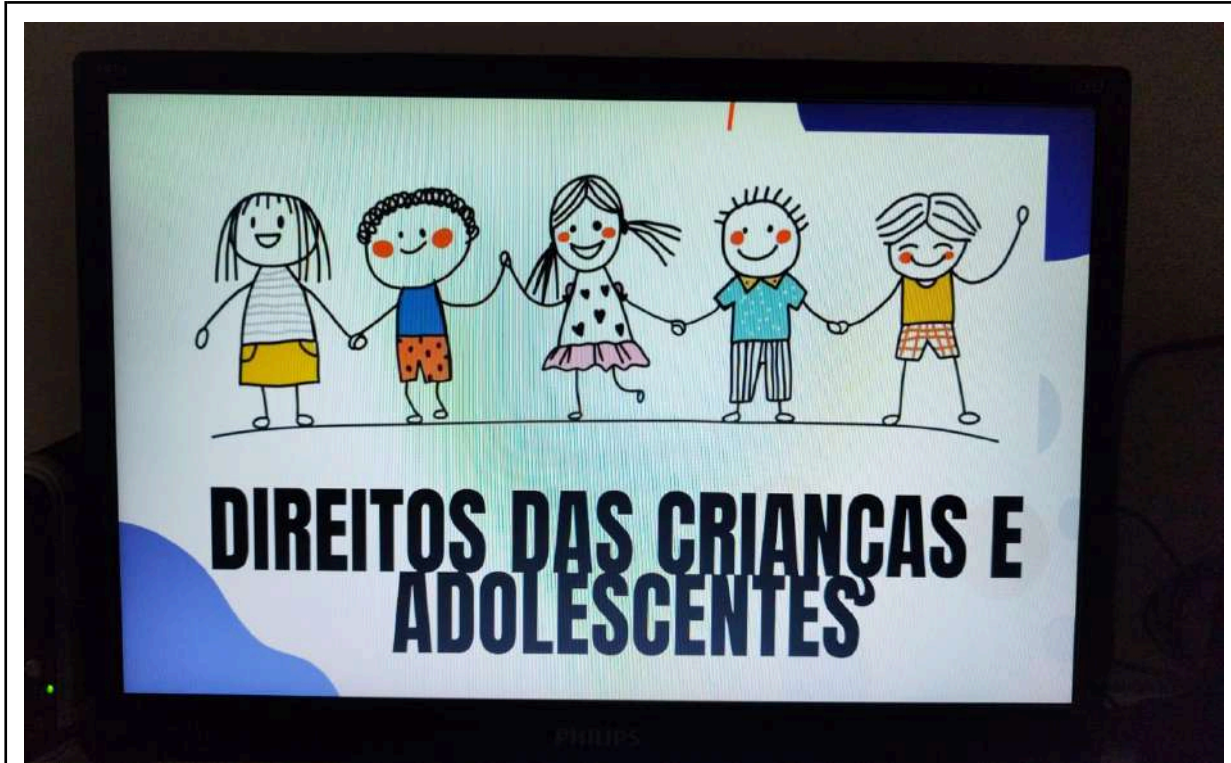
Com Lucila
(Conselheira Tutelar)

Abuso Não é Brincadeira!

Data: 27/05 Hor: 10h30
Local: Auditório UPA Alto da Ponte









**CAPACITAÇÃO META 3 -
SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO E USO DE MEDICAÇÕES**







Reunião da CGU



Reunião do Nir



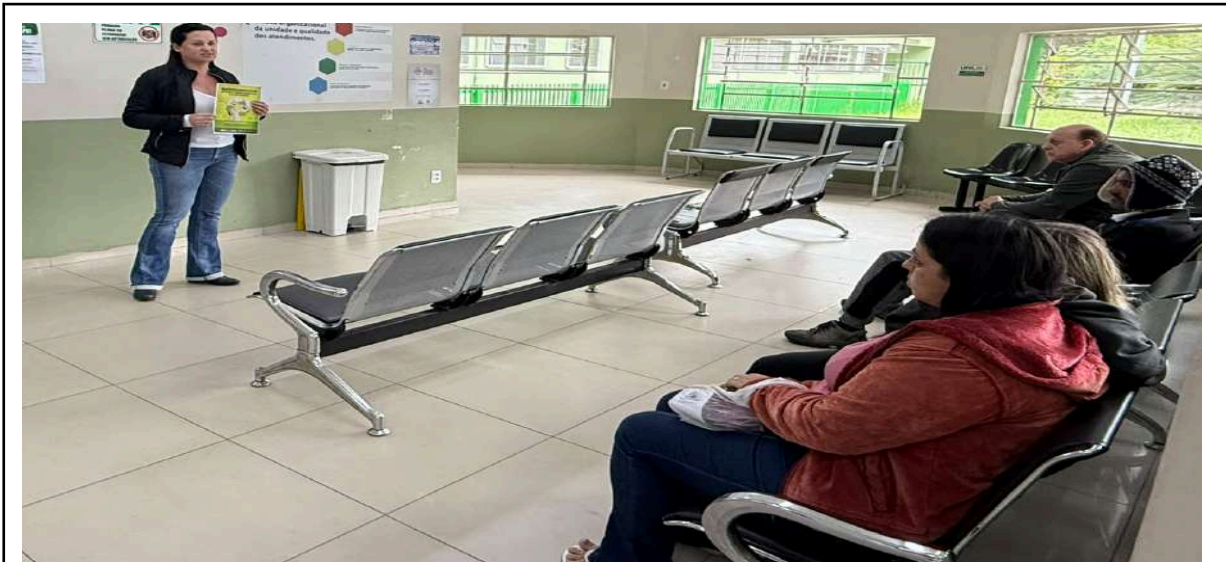
Reunião Humanização



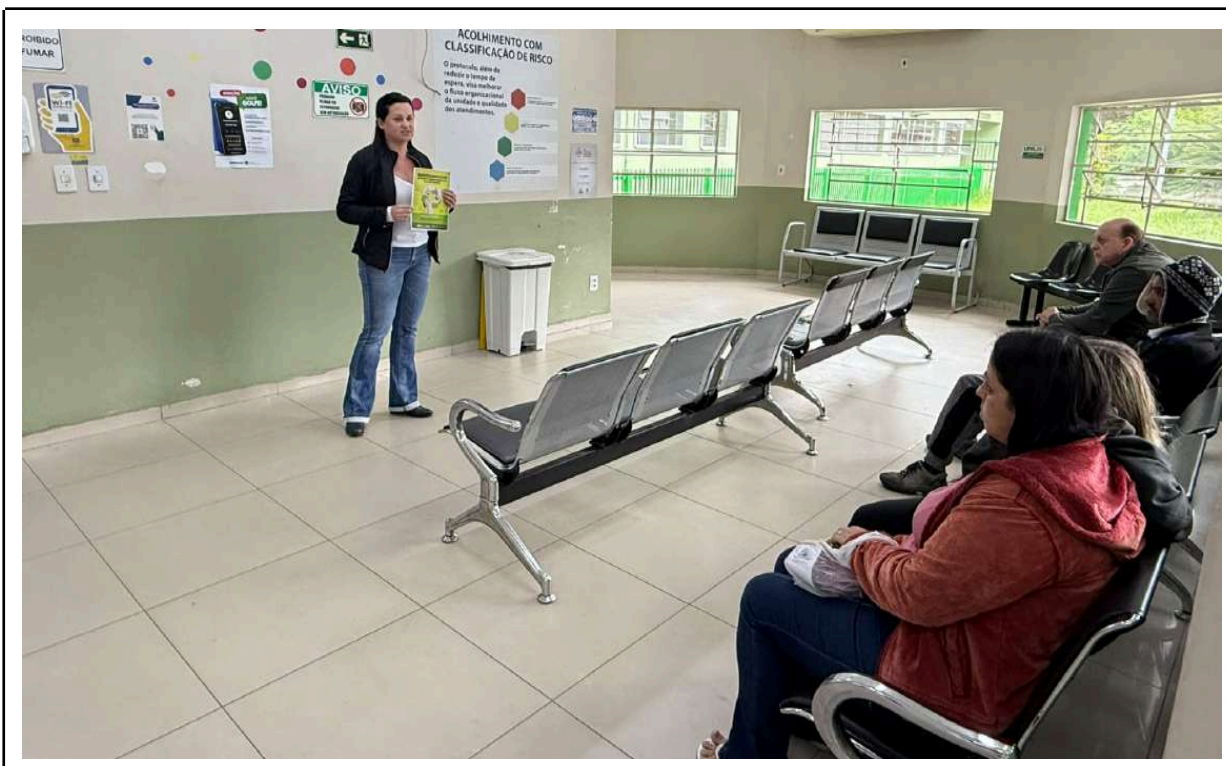
Registro reunião comissão de Ética de Enfermagem



Orientação na sala de espera sobre descarte de aparelhos eletrônicos

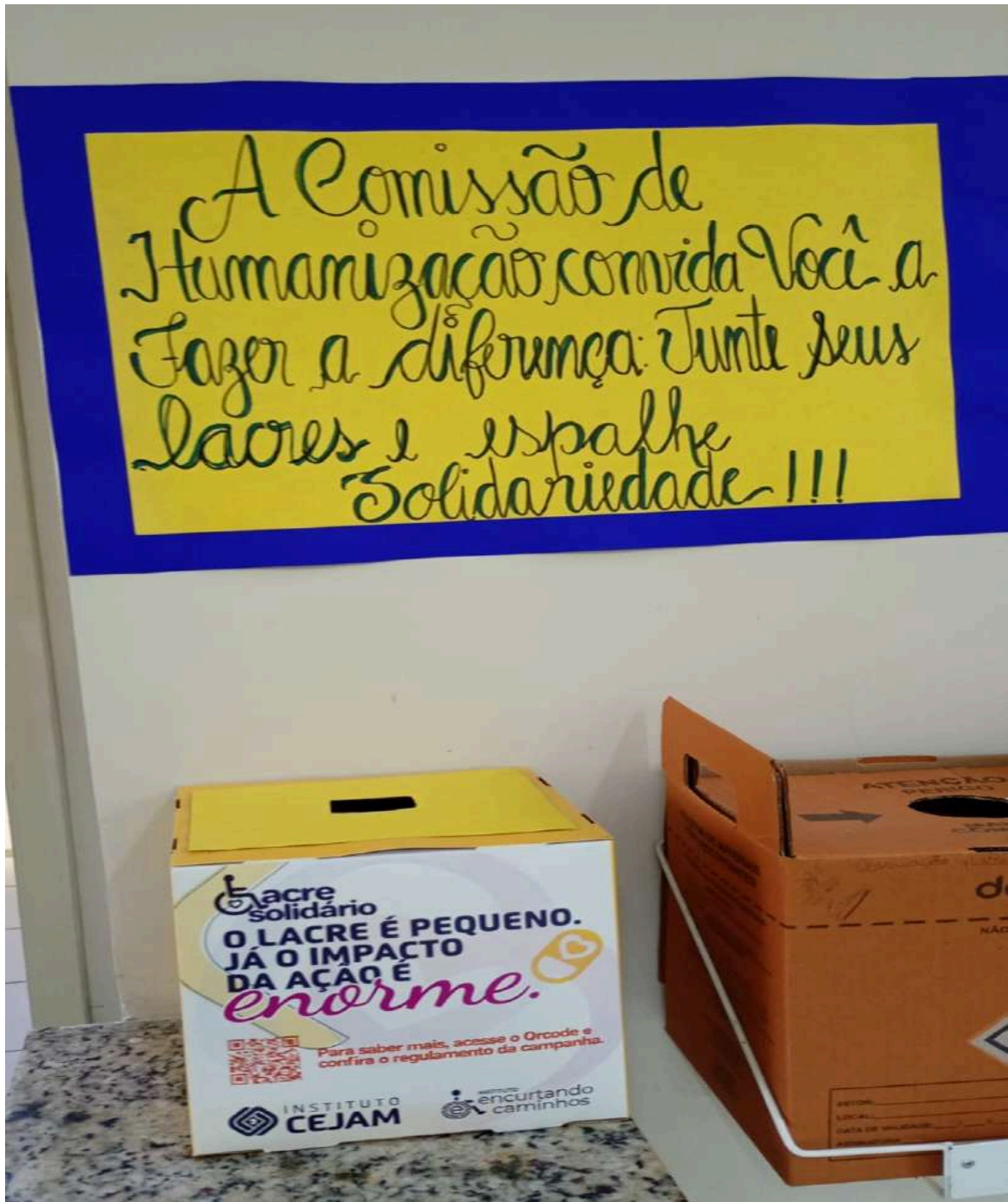


Orientação ministrada pela Enfermeira Juliana Nazaré





Campanha Lacre Solidário



Portas Abertas ASV Bom Humor

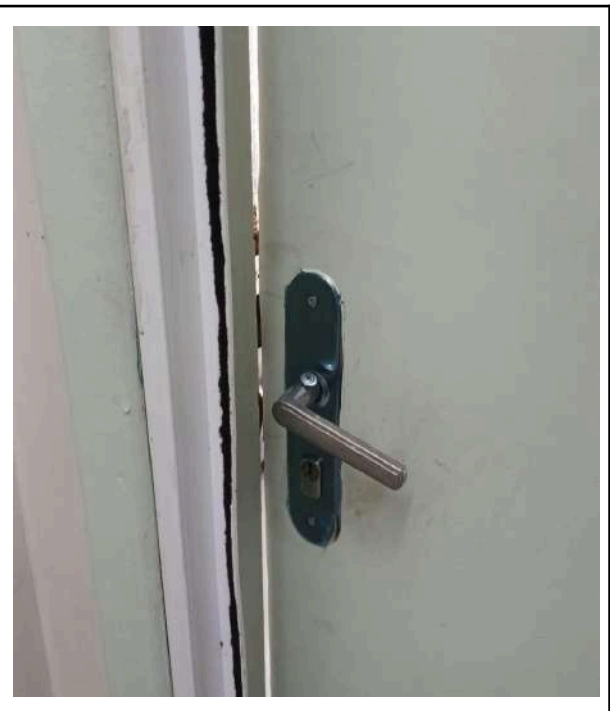
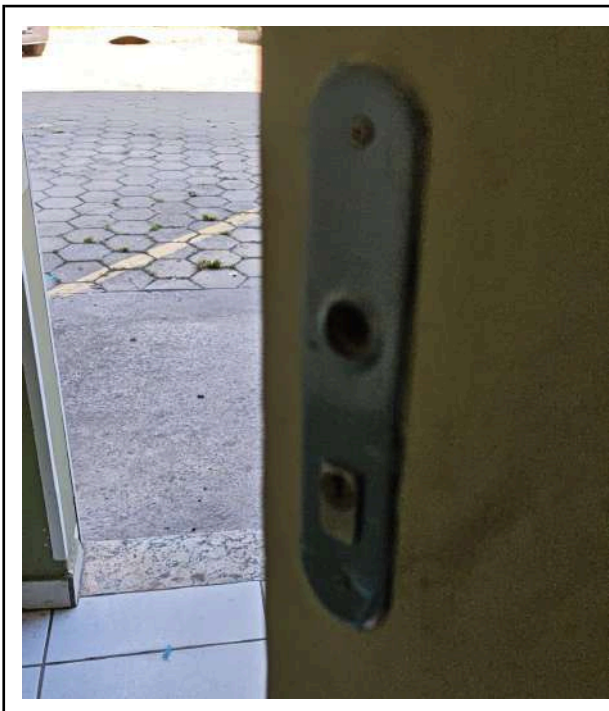


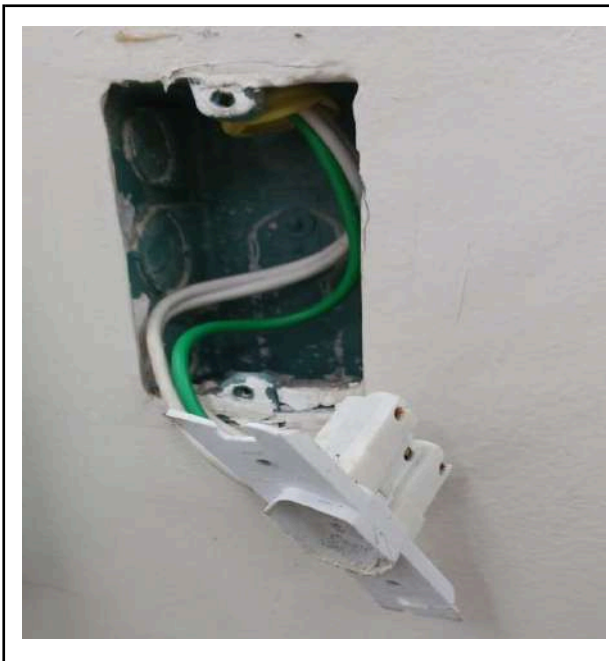
QUER SER VOLUNTÁRIO
NA ASV BOM HUMOR?



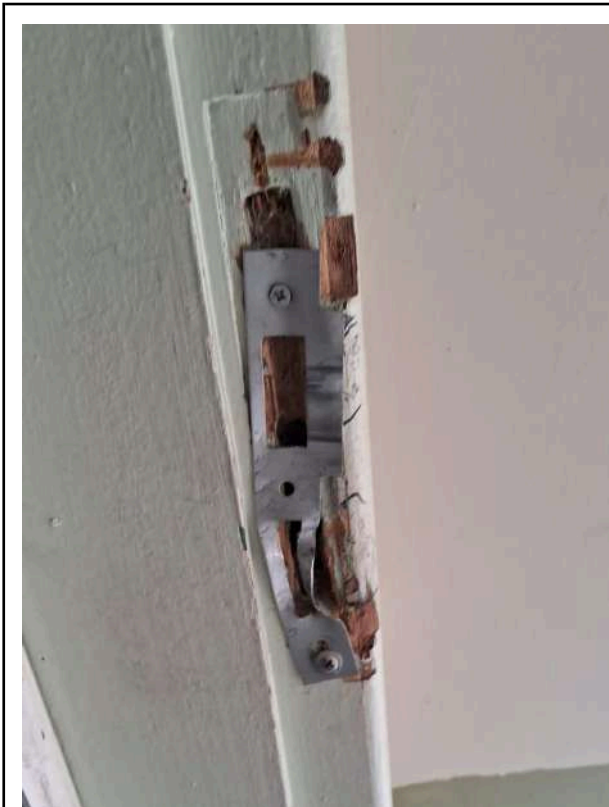
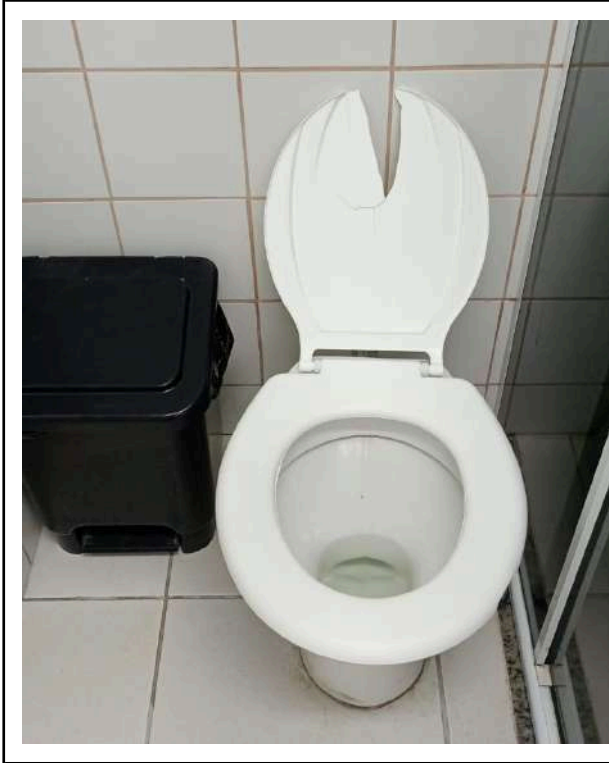
12. MANUTENÇÃO



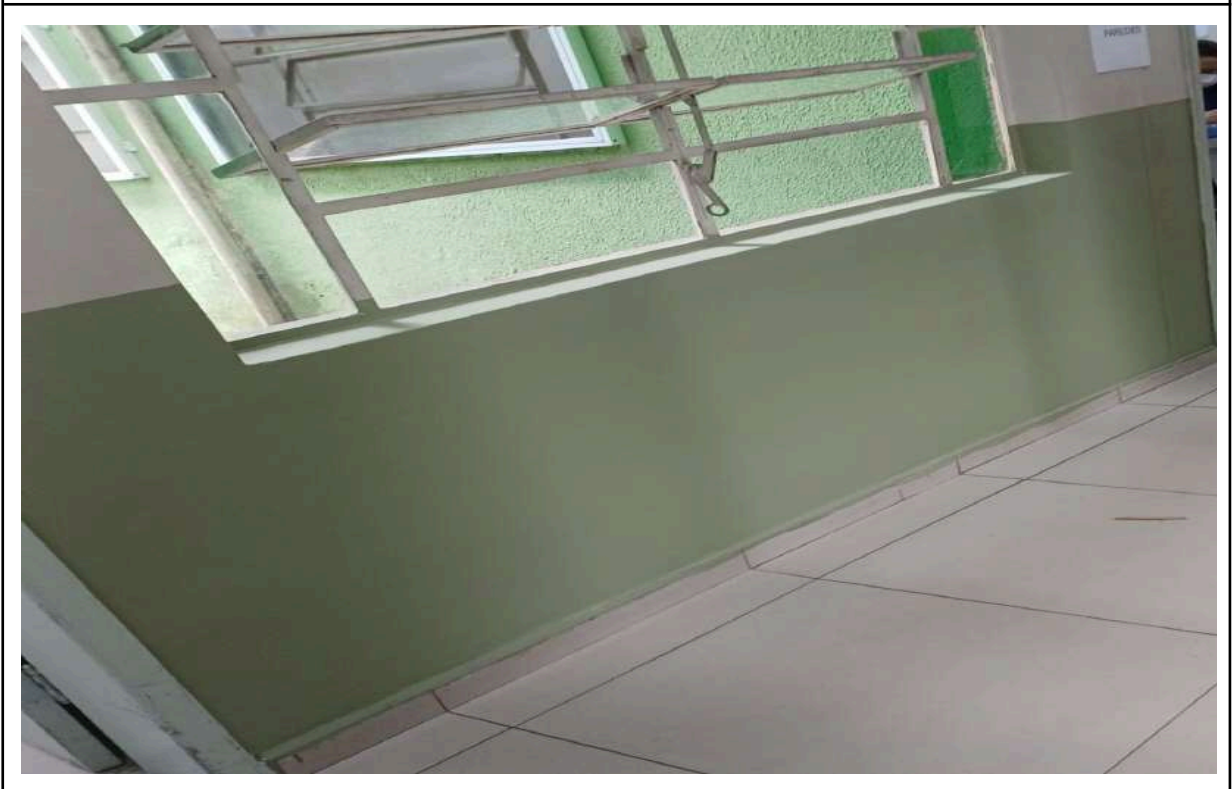






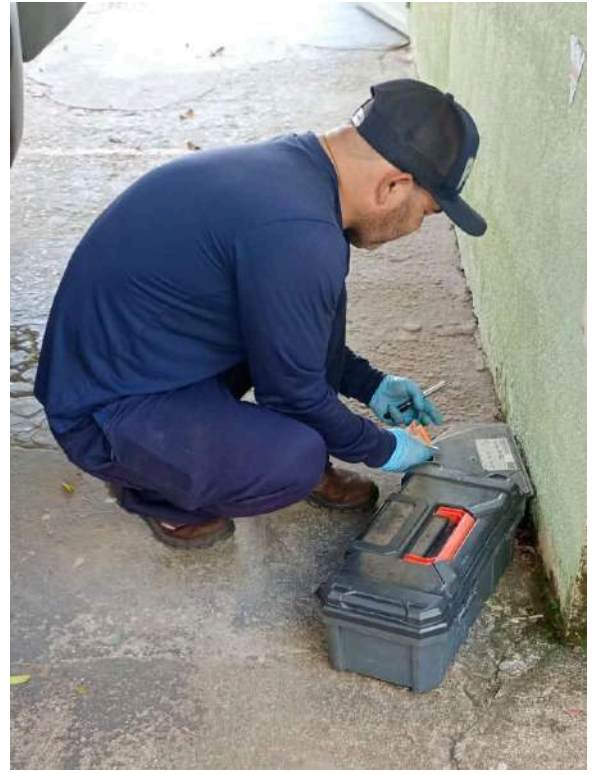
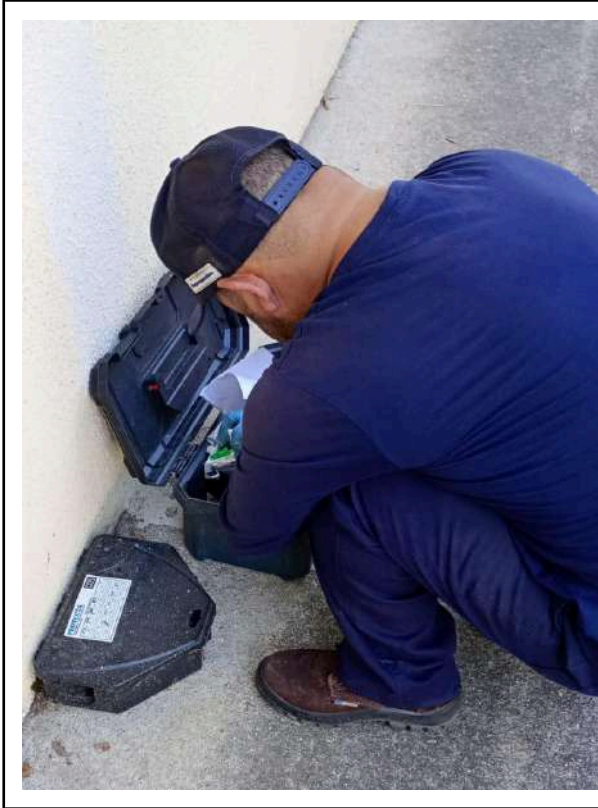












13. CONCLUSÃO

No mês de maio, a UPA Alto da Ponte manteve sua trajetória de fortalecimento da assistência, consolidando resultados expressivos nos indicadores assistenciais e demonstrando o compromisso contínuo com a qualidade e a segurança do paciente. O alcance das metas estabelecidas evidencia a maturidade dos processos assistenciais, a efetividade das ações implementadas e o engajamento das equipes multiprofissionais na busca pela excelência do cuidado.

Destaca-se o avanço da cultura de segurança do paciente, sustentado pelo monitoramento contínuo dos protocolos assistenciais, pela análise sistemática dos indicadores e pela atuação integrada das equipes, promovendo um ambiente cada vez mais seguro e centrado no usuário. Paralelamente, observou-se o fortalecimento da cultura de treinamentos, com capacitações regulares voltadas ao aprimoramento técnico, à atualização das boas práticas e ao desenvolvimento contínuo dos profissionais.

As comissões institucionais mantiveram papel estratégico na governança clínica e assistencial, contribuindo para a padronização dos processos, identificação de oportunidades de melhoria e disseminação das práticas de qualidade e segurança. Esse trabalho integrado fortalece a tomada de decisão baseada em evidências e amplia a capacidade da unidade em responder de forma eficiente às demandas assistenciais.

Os resultados alcançados no período refletem o comprometimento das equipes e da gestão com a oferta de uma assistência segura, resolutiva e humanizada, reafirmando o propósito da UPA Alto da Ponte de promover cuidado de excelência à população e de manter uma cultura organizacional voltada à melhoria contínua dos processos e dos resultados assistenciais.

Cordialmente,



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

THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA
Gerente Técnico Regional
CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas Dr^o João Amorim