

Relatório de Atividades Assistenciais

UPA CAMPO DOS ALEMÃES

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

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

**Novembro
2024**

Prefeitura Municipal de São José dos Campos



DIRETOR DEPARTAMENTO HOSPITALAR E EMERGÊNCIAS

Wagner Marques

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Margarete Carlos da Silva Correa

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Thalita Ruiz Lemos da Rocha

GERENTE ADMINISTRATIVO

Rafael Sebastião Costa Rodrigues

GERENTE DE ENFERMAGEM

Daiany Helena de Souza Dias

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	5
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	5
1.2 UPA DOS ALEMÃES - Contrato de Gestão nº 343/2024	6
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	7
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	7
4. FORÇA DE TRABALHO	8
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT e PJ (item 1.2 anexo II B)	8
4.1.1 Dimensionamento UPA DOS ALEMÃES colaboradores CLT	8
4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	9
4.3 Relação nominal de Profissionais - PJ	13
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas	16
4.3.1 Equipe Mínima de Profissionais	16
4.3.2 Absenteísmo	17
4.3.3 Turnover	18
4.3.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	19
5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial	21
5.1.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo em 2 horas	21
5.1.2 Taxa de Mortalidade < de 24H	22
5.1.3 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidado AVC	24
5.1.4 Percentual de pacientes trombolisados + percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidado do IAM	26
5.1.5 Cumprimentos e metas dos indicadores da linha de cuidado do trauma	28
5.1.6 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo	35
5.1.7 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE	36
5.1.8 Adesão ao protocolo de SEPSE	38
5.1.9 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS	41
5.1.10 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelo serviço de atendimento pré-hospitalar	43
5.1.11 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco	44
5.1.12 Proporção de notificação de agravos de notificação compulsória	46
Queda Infantil- 49 Notificações	48
Negligência/ Gestante - 2 Notificações	49
Negligência/Evasão – 112	50
Intoxicação – 9	51
Violência física / psicológica - 16	52
Referente ao mês de setembro o aumento de 4 casos de violência.	52

5.1.13 Nova consulta em <24h	53
6.1 Indicadores - Produção	54
6.1.1 Consultas em clínica médica	54
6.1.2 Consultas em pediatria	55
6.1.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação < 1h	56
7.1 Indicadores de Gestão	57
7.1.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período	57
7.1.2 Proporção de atendimento prioritário a pessoas vulneráveis	58
7.1.3 Percentual de comissões atuantes e regulares	59
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	63
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	63
6.1.1 Avaliação do Atendimento	63
6.1.2 Avaliação do Serviço	64
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	65
7. TREINAMENTO, CAPACITAÇÃO E MELHORIAS.	67

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

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

Missão

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

Valores

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 UPA DOS ALEMÃES - Contrato de Gestão nº 343/2024

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

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

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

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas por sistema informatizado SALUTEM, sistema de prontuário eletrônico de paciente e planilhas padronizadas em excel para consolidação dos dados.

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 31 de novembro de 2024**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi de **170** colaboradores sub-rogados e 92 colaboradores PJs . O quadro abaixo apresenta a relação de colaboradores (CLT) previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo.

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

4.1.1 Dimensionamento UPA DOS ALEMÃES colaboradores CLT

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativa	Gerente Administrativo	1	1	✓
	Auxiliar Administrativo	4	4	✓
	Auxiliar de Recursos Humanos	1	1	✓
	Coordenador Administrativo	1	1	✓
	Técnico de Segurança de Trabalho (40h)	1	1	✓
	Técnico de Suporte (44h)	1	1	✓
Recepção	Recepcionista (36h)	7	7	✓
	Recepcionista (36h) noturno	5	5	✓
	Coordenador de Recepção	0	0	✓
Concierge	Concierge em atendimento	2	2	✓
Manutenção	Auxiliar de Manutenção	2	1	↓
Assistencial	Gerente de Enfermagem (44h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36h)	16	20	↑
	Enfermeiro noturno (36h)	16	11	↓
	Enfermeiro da Qualidade (44h)	1	1	✓
	Enfermeiro da CCIH (44h)	1	1	✓
	Enfermeiro de Educação Permanente (44h)	1	1	✓
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	2	2	✓
	Técnico de enfermagem (36h)	42	49	↑
	Técnico de enfermagem (36h) - noturno	41	38	↓
	Técnico de CME (44h)	1	1	✓
	Farmacêutico (36h)	2	2	✓
	Farmacêutico (36h) noturno	2	2	✓
Total		169	170	↓

Com relação ao total de colaboradores previsto e dimensionado, foi realizado processo seletivo para novas contratações administrativas e assistenciais que irão iniciar no mês de novembro.

4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

Setor	Cargo	Nome	conselho
Administrativa	Gerente Administrativo	Rafael Sebastião Costa Rodrigues	N/A
	Auxiliar Administrativo	Andréa Maria Soares	N/A
	Auxiliar Administrativo	Leticia Aparecida Caldeira Santana	N/A
	Auxiliar Administrativo	Lucas Caetano da Silva	N/A
	Auxiliar Administrativo	Jeferson Moreira de Souza	N/A
	Assistente Social	Daniela de Lima Santos Lopes	52994
	Assistente Social	Denise Barbosa	57173
	Técnico Segurança Trabalho	Jussara de Paula	2148164
	Auxiliar de Recursos Humanos	Pillar Martins Silva	N/A
	Coordenador Administrativo	Luana Cristina Gregate	N/A
	Recepção	Receptionista (36h)	Andrei Henrique Mancijo
Receptionista (36h)		Vivian Fernandes	N/A
Receptionista (36h)		Vitória Ruth Rodrigues Brisida	N/A
Receptionista (36h)		Rosimeire Luciana Lourenço da Costa	N/A
Receptionista (36h)		Tamires Fatima dos Santos	N/A
Receptionista (36h)		Cibele de Fatima Moreira	N/A
Receptionista (36h)		Monica Nunes de Almeida	N/A
Receptionista (36h) noturno		Estefani Patricio dos Santos	N/A
Receptionista (36h) noturno		Ana Claudia Silva Ramos	N/A
Receptionista (36h) noturno		Aurea Lucia Uchoas Alves	N/A
Receptionista (36h) noturno		Lauren Stefani de Freitas	N/A
Receptionista (36h) noturno		Lara Cruz Nascimento	N/A
Concierge		Concierge em atendimento	Marcelo Inácio da Silva Junior
	Concierge em atendimento	Ederson Custódio Baldoino	N/A
Manutenção	Auxiliar de Manutenção	Francisco Estrela Batista	N/A
TI	Técnico de Suporte	Victor Januário Conciglio	N/A
	Enfermeira RT	Daiany Helena de Souza Dias	538192
	Enfermeiro (36h)	Luana Soares	673122
	Enfermeiro (36h)	Karen Aparecida dos Santos	699010
	Enfermeiro (36h)	Julia Stephanie Nishiwama Vaz	749674
	Enfermeiro (36h)	Regis Felix Barbosa	651512
	Enfermeiro (36h)	David da Cruz Costa	581432
	Enfermeiro (36h)	Iasmim Vital Carvalho	672510
	Enfermeiro (36h)	Grace Anne Drudi Monasterio	662415

	Enfermeiro (36h)	Solange Maria da Silva	537069
	Enfermeiro (36h)	Tamiris da Cunha Germano	470110
	Enfermeiro (36h)	Carla Luciene Castilho de Deus	723857
	Enfermeiro (36h)	Glécia da Silva Bartolomeu	339254
	Enfermeiro (36h)	Leticia Thomaz dos Santos	716316
	Enfermeiro (36h)	Jackeline A. Luquetti	571317
	Enfermeiro (36h)	Ana Rúbia Rodrigues	583928
	Enfermeiro (36h)	Cleide Aparecida da Silva Maria	680035
	Enfermeiro (36h)	Beatriz Ribeiro Pereira	629321
	Enfermeiro (36h)	Vanessa Fernandes da Silva	756869
	Enfermeiro (36h)	Veridiana Lucia Faustino	638068
	Enfermeiro (36h)	Verônica Gonzales França	386962
	Enfermeiro noturno (36h)	Vicente Paulo Soares Junior	235408
	Enfermeiro noturno (36h)	Fábio Gonzaga Ribeiro Junior	649895
	Enfermeiro noturno (36h)	Tatiane Francisca	548991
	Enfermeiro noturno (36h)	Jéssica Suellen de Melo Parra	613436
	Enfermeiro noturno (36h)	Areta Machado Santana de Oliveira	651270
	Enfermeiro noturno (36h)	Moniza Leite Campos	502746
	Enfermeiro noturno (36h)	Aline Fernanda Abrão	210973
	Enfermeiro noturno (36h)	Jacqueline Aparecida da Silva	691600
	Enfermeiro noturno (36h)	José Rodolfo de Souza	695634
	Enfermeiro noturno (36h)	Paulo José Martins Vilas Boas	665742
	Enfermeiro noturno (36h)	Heitor Augusto Pereira	349001
	Enfermeiro noturno (36h)	Rita de Cássia Souza Ribeiro	573056
	Enfermeiro da Qualidade (44h)	Karina Bragado Barbatano	432512
	Enfermeiro da CCIH (44h)	Jéssica Santos Macedo	627225
	Enfermeiro de Educação Permanente (44h)	Emília Aparecida Alves	467287
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	Ana Paula de Fátima Pais	572063
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	Daiana dos Santos Pinto	627337
	Técnico de enfermagem (36h)	Ronald Alves da Silva	975313
	Técnico de enfermagem (36h)	Gabriela Correia de Almeida	1753935
	Técnico de enfermagem (36h)	Diego Rodrigues de Sousa	1738812
	Técnico de enfermagem (36h)	Thiago Desidério de Souza Cunha	1734641
	Técnico de enfermagem (36h)	Gislene Leal Abreu dos Santos	158893
	Técnico de enfermagem (36h)	Walney Silva Ferreira da Costa	1614379
	Técnico de enfermagem (36h)	Avanilda Silva do Carmo	871077
	Técnico de enfermagem (36h)	Luana Catharyne de Faria Pinto	2064708

Técnico de enfermagem (36h)	Priscila Helena Ribeiro Munoz	1432386
Técnico de enfermagem (36h)	Ana Maria Olimpio da Silva Matos	1620607
Técnico de enfermagem (36h)	Angela Aparecida da Rocha Silva	1521931
Técnico de enfermagem (36h)	Melissa Cristina dos Santos	1577736
Técnico de enfermagem (36h)	Iara Aparecida C. Oliveira	1070448
Técnico de enfermagem (36h)	Paloma Cristina da Silva Borges	1943233
Técnico de enfermagem (36h)	Rosimeire Sanches	1265299
Técnico de enfermagem (36h)	Maria Luzia Pais	167264
Técnico de enfermagem (36h)	Aline de Oliveira Mendonça	1816991
Técnico de enfermagem (36h)	Daniela Aparecida Soares de Souza	1624464
Técnico de enfermagem (36h)	Nathali Sodre	146730
Técnico de enfermagem (36h)	Silvia Leticia Vieira Rocha	1154484
Técnico de enfermagem (36h)	Jenny Santos de Oliveira	1610605
Técnico de enfermagem (36h)	Renata Aparecida Faria da Rocha	1682323
Técnico de enfermagem (36h)	Fernanda Cristina dos Santos	896035
Técnico de enfermagem (36h)	Kelly costa Faria	146416
Técnico de enfermagem (36h)	Grazielle dos Santos de Souza	1462987
Técnico de enfermagem (36h)	Verginia Aparecida Oliveira	1293616
Técnico de enfermagem (36h)	Wander de Souza Machado	1219399
Técnico de enfermagem (36h)	Rosangela Aparecida da Silva	1867517
Técnico de enfermagem (36h)	Vinicius Nunes Floriano	783600
Técnico de enfermagem (36h)	Maria Célia Santos Mendes	1177703
Técnico de enfermagem (36h)	Gersi Aparecida dos Reis	1598047
Técnico de enfermagem (36h)	Ingrid Maiara da Silva Romeira	1756186
Técnico de enfermagem (36h)	Viviane Lucas Aldaves Simões	1874662
Técnico de enfermagem (36h)	Luana Lygia Marinho	1277628
Técnico de enfermagem (36h)	Patricia Jesus dos Santos	1740222
Técnico de enfermagem (36h)	Maria Helena dos Santos	896626
Técnico de enfermagem (36h)	Maria Alice de Lima	1680039
Técnico de enfermagem (36h)	Ione dos Santos Bastos	1454394
Técnico de enfermagem (36h)	Elaine Paulino da Silva	1532943
Técnico de enfermagem (36h)	Eunice Dias Pereira	349740
Técnico de enfermagem (36h)	Tatiane Viviane dos Santos	1860504
Técnico de enfermagem (36h)	Mirian Carla Vieira	1661546
Técnico de enfermagem (36h)	Paula Nicole dos Santos	1913760
Técnico de enfermagem (36h)	Fabrini Camilo	1742705
Técnico de enfermagem (36h)	Katia Gomes de Oliveira	1107810

Técnico de enfermagem (36h)	Emerson José Pereira	2076859
Técnico de enfermagem (36h)	Sirleide dos Santos Silva	727058
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Edilene Ribeiro Dossi Souza	1482352
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Cristiane Damasceno Nascimento Silva	1487883
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Enildo Malaquias	727034
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Maria Gildete de Sa Medeiros	1229740
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Fatima Aparecida Nascimento	254362
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Inajara Porfíria Lima	309552
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Rosangela Mendes	176789
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Simone Cipriano Floes	14485473
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Ana Maria Menezes	86766
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Ednalva de Jesus Alves	177236
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Eunice Ambrósio	6634929
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Marcia Cristina Dias de Assis	920870
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Maria Angélica S Lourenço	479904
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Martha Camila dos Santos	911981
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Wellington Santos da Silva	577132
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Soraya de Paula Estevão	747033
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Patricia Cristine Pereira	1443475
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Luiza Iolanda de Almeida	60170
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	João Victor Rodrigues Januário	1920424
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Gleison dos Santos	1667431
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Luiz Miguel dos Santos	1215164
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Izabel Cristina Guimarães	1479957
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Erick Mackenzie	704004
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Rosimeire dos Santos Borges	1517589
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Flávia Rogéria Vieira	829527
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Wesley Pereira Rocha	1801715
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Marly Gomes de Oliveira	1524061
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Juliana Aparecida Bernardes da Silva	926506
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Alexandre Almeida Moreira	1413270
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Vagner Luiz	1226240
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Cristiane da Silva Santos	1652414
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Paulo Giovanni Elizei	1404676
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Michelle Batista Silva Rodrigues	1280061
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Roberta Maria Barbosa	1648438
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Carla Taiane Jesus Santos	1481737
Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Eliana Aparecida Moreira	1053795

	Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Juliana Valério Barreto Lopes	1129684
	Técnico de enfermagem (36h) - noturno	Mirlene Gonzales Barreto	275287
	Técnico de enfermagem (36h)	Terezinha Lopes da Silva	970403
	Técnico de CME (44h)	Mônica Simões da Cruz dos Santos	1007506
	Responsável Técnico Farmácia	Carolina de Fátima Ferreira	47625
	Farmacêutico (36h)	Renan Costa Morales	65866
	Farmacêutico (36h)	Isabela de Fátima Lucas Ferreira	112530
	Farmacêutico (36h) noturno	Robson Tavares David	1226568
	Farmacêutico (36h) noturno	Diego Oliveira Lucchesi Diniz	69651
	Auxiliar de farmácia (36h)	Nathalia Gomes dos Santos	N/A
	Auxiliar de farmácia (36h)	Paulo Sérgio de Sales Junior	N/A
	Auxiliar de farmácia (36h)	Julia Kathelen dos Santos Barbosa	N/A
	Auxiliar de farmácia (36h)	André Luiz dos Santos	N/A
	Auxiliar de farmácia (36h) noturno	Talita Victoria J Ribeiro	N/A
	Auxiliar de farmácia (36h) noturno	Mariana Cristina Santos Moreira	N/A
	Técnico de Radiologia (24h)diurno	Isabelle Cristina Pinto de Paula	53596
	Técnico de Radiologia (24h)diurno	Deverson de Oliveira Santos	40137
	Técnico de Radiologia (24h)diurno	Francislene Carvalho de Moraes Silva	51065
	Técnico de Radiologia (24h)diurno	Elizabeth Cristiane Machado	50806
	Técnico de Radiologia (24h)noturno	Gerson Calsolari Catalani	17013
	Técnico de Radiologia RT (24H) noturno	Wagner Oliveira Peres	51854
	Técnico de Radiologia (24h)noturno	Daniela Correa de Souza Lima	58713
	Técnico de Radiologia (24h)noturno	Cristiano Rodrigues dos Santos	21659

Legenda: (N) - Noturno; (D) - Diurno; (M/T) - Manhã/Tarde; N/A - Não se aplica.

4.3 Relação nominal de Profissionais - PJ

Cargo	Cargo	Nome	Nº Conselho
Assistencial	Médico clínico (12h) diurno	Enio Firmo Neto	209683
	Médico clínico (12h) diurno	Alessandra de Oliveira	209997
	Médico clínico (12h) diurno	Anne Esther Gonzales	241230
	Médico clínico (12h) diurno	Andrey Lima Vieira	236360
	Médico clínico (12h) diurno	Asliury Lombillo	239017
	Médico clínico (12h) diurno	Bruno Grossi	149416
	Médico clínico (12h) diurno	Eduardo Yoshiaki Obaha	103605
	Médico clínico (12h) diurno	GlauCIA D Andretta	121234

Médico clínico (12h) diurno	Diogo Benain Ramalho	181909
Médico clínico (12h) diurno	Estevão Pioli Barci	246701
Médico clínico (12h) diurno	Iris Gonçalves dos Santos	216489
Médico clínico (12h) diurno	Camila de Oliveira Mendonça	246894
Médico clínico (12h) diurno	Victória Calderon	247913
Médico clínico (12h) diurno	Iris Gonçalves dos Santos	216489
Médico clínico (12h) diurno	Camila de Oliveira Mendonça	246894
Médico clínico (12h) diurno	Hayana Mayra Dianin	230821
Médico clínico (12h) noturno	Iara Candida de Carvalho	232965
Médico clínico (12h) noturno	Ingrid Araujo Dutra	246725
Médico clínico (12h) noturno	Jakeline Moreira Machado	247265
Médico clínico (12h) noturno	Julia Ribeiro Areas	253552
Médico clínico (12h) noturno	Maria Rocicléia M. Remondini	225625
Médico clínico (12h) noturno	Juliana Fernandes de Almeida	246738
Médico clínico (12h) noturno	Leonardo de Oliveira	245694
Médico clínico (12h) noturno	Lucas Pereira da Silva	258773
Médico clínico (12h) noturno	Mirian Cristina Ribeiro	246786
Médico clínico (12h) noturno	Nathalia Rocha	234330
Médico clínico (12h) noturno	Paola Vieira Ferreira	244608
Médico clínico (12h) noturno	Pedro Augusto Marinho	242393
Médico clínico (12h) noturno	Jorge Henrique	244622
Médico clínico (12h) noturno	Leonardo Salmaso Jannis	246754
Médico clínico (12h) noturno	Raphael Fornaciari	216591
Médico clínico (12h) noturno	Rafael Greco	190358
Médico clínico (12h) noturno	Sandra BATISTA CRUZ	254461
Médico clínico (12h) noturno	Carina Tamy Sugai	183017
Médico clínico (12h) diurno	Gustavo Delchiaro	225424
Médico pediatria (12h) diurno	Henrique Grécia Estrela	234992
Médico pediatria (12h) diurno	Maria Paula Silva Freitas	232682
Médico pediatria (12h) diurno	Beatriz Eliza	227473
Médico pediatria (12h) diurno	Eveline Barbosa	228095
Médico pediatria (12h) diurno	Frida Manfrin	258526
Médico pediatria (12h) diurno	Guilherme Alves da Silva	18632
Médico pediatria (12h) diurno	Hanna Julia Brandão	245820

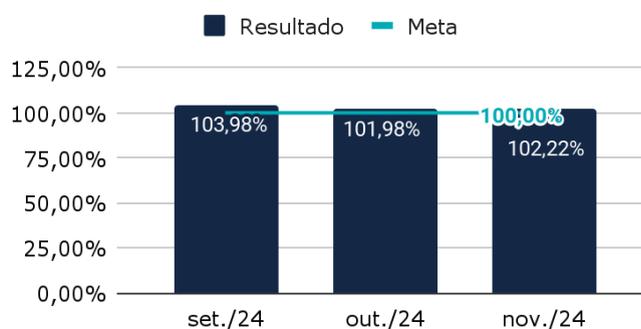
	Médico pediatria (12h) diurno	José Rolando	246734
	Médico pediatria (12h) diurno	Lucas Zambelli	225424
	Médico pediatria (12h) diurno	Petra Caroline	241189
	Médico pediatria (12h) diurno	Taianny Ramoni	241143
	Médico pediatria (12h) noturno	Thayna Mendes	240904
	Médico pediatria (12h) noturno	Vivian Ivone	256945
	Médico pediatria (12h) noturno	Walbermaier Magno	224811
	Médico pediatria (12h) noturno	Yara Saiane	8340
	Médico pediatria (12h) noturno	Yasmin Moreira	8325
	Médico pediatria (12h) noturno	João Paulo Francisco Lopes	96051
	Médico pediatria (12h) noturno	Daniel Luiz Pitarello	112861
	Médico pediatria (12h) noturno	Ygor Vicente	246828
	Médico pediatria (12h) noturno	Lucinéia Virginia Dantas	189744
	Diarista médico (12h)	Eloá Vilela Pires	245617
	Coordenação médica Clínico (44h)	David Costa Pereira	167242
	Coordenação pediatra Clínico (44h)	Gabriela Maia Ferreira	207892
	RT médico (44H)	David Costa Pereira	167242
Higiene	Auxiliar de higiene (12) diurno	Selma Aparecida Fernandes	N/A
	Auxiliar de higiene (12) diurno	Jackeline Cristina de Oliveira	N/A
	Auxiliar de higiene (12) diurno	Maria Aparecida E. da Silva	N/A
	Auxiliar de higiene (12) diurno	Jéssica Fernanda	N/A
	Auxiliar de higiene (12) diurno	Keilane Cristina A. dos Reis	N/A
	Auxiliar de higiene (12) diurno	Ana Beatriz Araminto	N/A
	Auxiliar de higiene (12) diurno	Luciana Pereira N. Miguel	N/A
	Auxiliar de higiene (12) diurno	Luciana da Silva	N/A
	Auxiliar de higiene (12) noturno	Silvana dos Santos Silva	N/A
	Auxiliar de higiene (12) noturno	Fernanda da Silva Lopes	N/A
	Auxiliar de higiene (12) noturno	Luana Regina	N/A
	Auxiliar de serviços gerais (44h)	Sergio Donizete de Paula	N/A
	Líder de higienização (44h)	Maria Socorro Oliveira b. Silva	N/A
Controlador de acesso	Controlador (12h) diurno	Thaina Christine Gonçalves	N/A
	Controlador (12h) diurno	Ezedequias Manasses	N/A
	Controlador (12h) diurno	João Carlos Fagundes	N/A
	controlador (12h) diurno	Cristiane Silva Souza	N/A

	controlador (12h) diurno	Edson Rodolfo de Souza	N/A
	controlador (12h) diurno	Vanderson de Oliveira Silva	N/A
	controlador (12h) diurno	Daniel Nascimento	N/A
	controlador (12h) diurno	Josias Alves de Souza	N/A
	controlador (12h) noturno	Douglas Alves de Assis	N/A
	controlador (12h) noturno	Carlos Anderson Vieira	N/A
	controlador (12h) noturno	Karen Fernanda B. dos Santos	N/A
	controlador (12h) noturno	Faine da Silva Santos	N/A
	controlador (12h) noturno	Luara Aparecida Adao	N/A
	líder de controlador de acesso	Joel de Oliveira	N/A
Laboratório	coordenadora técnica	Gabriela de Fátima	116745/01
	biomédica	Juliana Teixeira Pedroso	47828
	biomédica	Jovana Holanda Gomes	39636
	biomédica	Carla Daniela dos Santos	50908
	biomédica	Sabrina Alves	36171
	biomédica	Rebeca Liandra de Freitas	40427

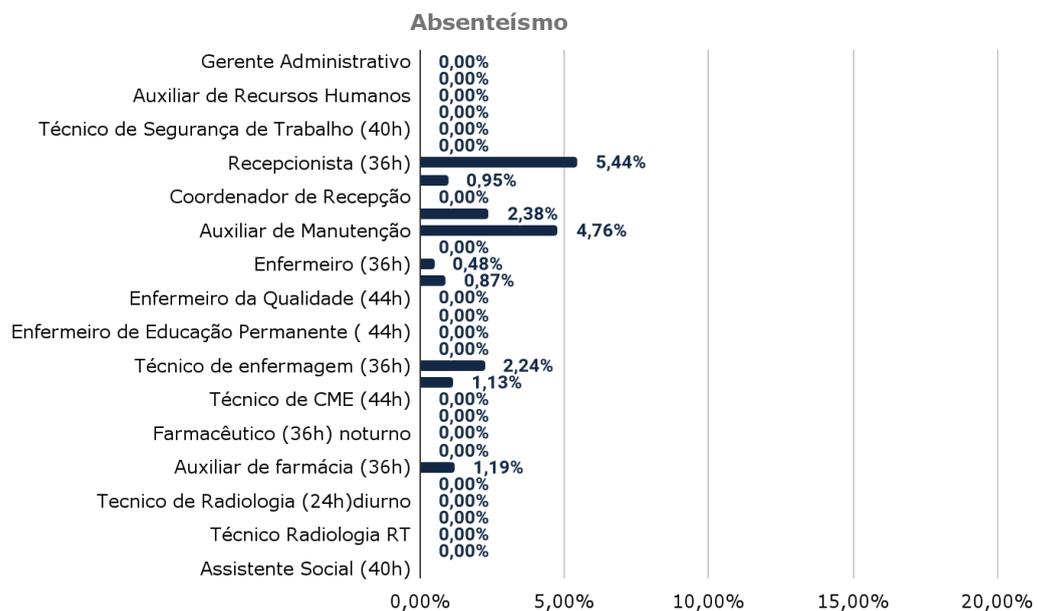
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.3.1 Equipe Mínima de Profissionais

Equipe Mínima de Profissionais



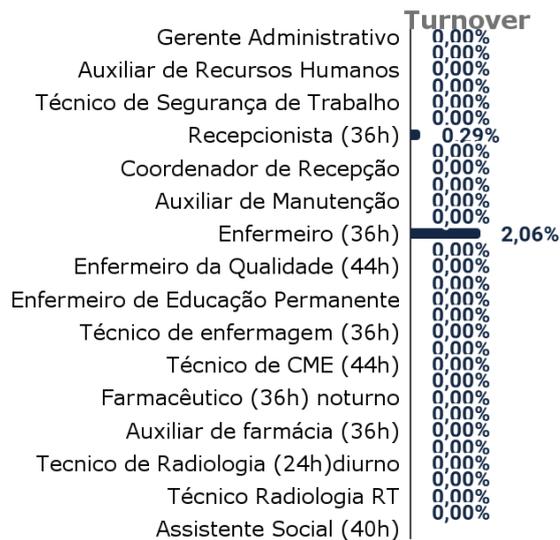
Análise Crítica: Em novembro, a unidade Campo dos Alemães operou com 102,22% de sua equipe. Além disso, realizou a contratação de mais cinco enfermeiros assistenciais para adequar-se ao plano de trabalho, bem como de vigilantes, conforme previsto, garantindo total conformidade com as diretrizes estabelecidas. Destaca-se ainda que a unidade conta com três técnicos de enfermagem, número superior ao inicialmente previsto no plano. Considerando a crescente demanda por atendimentos, a unidade reforça a necessidade de formalizar o aumento desse quadro de técnicos de enfermagem visando o volume mensal de atendimentos, assegurando a manutenção da excelência no atendimento prestado.



Análise Crítica: No mês de novembro, os índices de absenteísmo mostraram maior incidência na recepção, onde uma colaboradora apresentou três atestados médicos devido a conjuntivite e doenças de pele. Além disso, o auxiliar de manutenção justificou ausências apenas por horas destinadas a exames agendados. Na equipe assistencial de enfermagem, os atestados foram

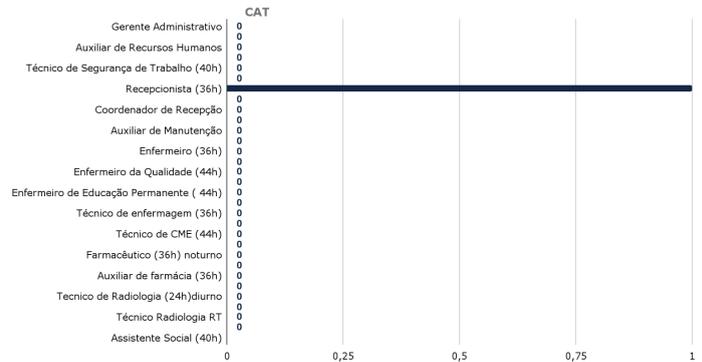
motivados por diversos CID (Classificação Internacional de Doenças), além de um colaborador ter apresentado justificativa para licença nojo.

4.3.3 Turnover



Análise Crítica: No mês de novembro, registramos um turnover com a contratação de cinco (5) novos enfermeiros para adequação do quadro de pessoal. Além disso, houve o desligamento de um (1) recepcionista devido a dificuldades no cumprimento das regras de convivência e à ausência de melhorias após feedbacks fornecidos, levando à decisão de encerramento do vínculo.

4.3.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise Crítica: Em novembro, ocorreu um acidente de trabalho classificado como acidente Típico Biológico, envolvendo uma recepcionista. Ao tentar auxiliar uma paciente vítima de violência doméstica (com múltiplas perfurações pelo corpo) a sentar-se na cadeira de rodas, a colaboradora foi atingida por respingos de sangue em sua roupa, rosto e boca. A recepcionista recebeu atendimento médico imediato na unidade, sendo posteriormente encaminhada ao Hospital municipal, onde realizou exames complementares e recebeu orientações para comparecer às consultas no CEREST. Para apoiar sua recuperação, além da avaliação física, a unidade oferece suporte emocional e psicológico por meio de consultas gratuitas no Zen Club. Essa iniciativa demonstra uma abordagem atenciosa e integral ao bem-estar da colaboradora, reconhecendo que acidentes podem ter impactos físicos e emocionais.

4.4 Percentual de número de leitos



Análise crítica: No mês de novembro, realizamos um monitoramento da gestão de leitos, focando na eficiência e na operacionalização dos leitos disponíveis na unidade. O principal objetivo foi otimizar o uso dos leitos e garantir o funcionamento ininterrupto 24 horas por dia.

Os indicadores apontaram uma efetividade de 100%, refletindo o sucesso das estratégias implementadas e o comprometimento da equipe em assegurar a máxima utilização dos recursos disponíveis. Este resultado demonstra a importância de uma gestão de leitos eficiente, que é fundamental tanto para o atendimento adequado aos pacientes quanto para a continuidade dos serviços prestados pela unidade.

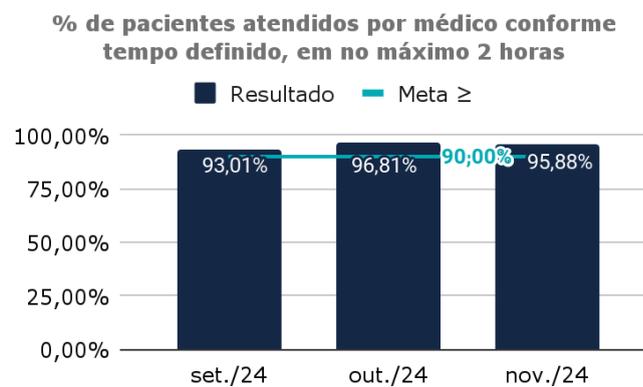
A média de tempo de pacientes em observação acima de 24 horas ficou em 34 horas de 02 pacientes, excedendo o período de 24h na unidade.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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

5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial

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

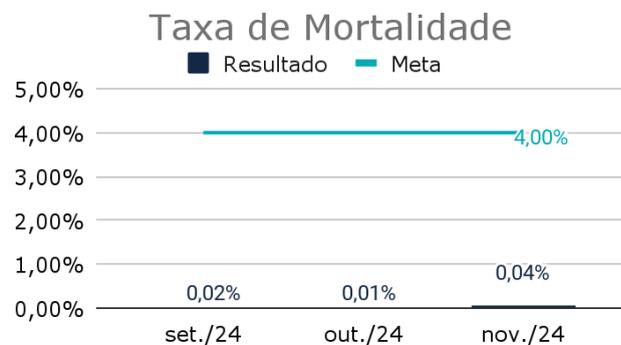


Análise crítica: A análise de novembro mostra um desempenho excelente, com 15.799 pacientes atendidos, atingindo 100% dos atendimentos programados para o período visto que nosso plano contempla um total de 11.700. Com 15.148 pacientes sendo atendidos dentro do prazo de duas horas, equivalente a 95,88% do total, o resultado reflete um excelente nível de eficiência e agilidade. A meta contratual, de 11.700 atendimentos mensais, foi superada em 4.099 atendimentos, um aumento substancial que demonstra a capacidade de resposta além das expectativas. O dia 25 de novembro marcou um pico significativo, com 52 fichas abertas por hora, totalizando 680 atendimentos, o que levou a uma média de espera nesse dia específico de 2h46, um aumento que destaca a capacidade de adaptação da unidade em momentos de alta demanda.

Embora os resultados sejam impactantes e nenhum atendimento tenha excedido três horas, o que confirma a consistência do serviço prestado, é importante ponderar que capacidade de atender uma quantidade de pacientes tão superior à meta contratual sugere que houve um uso eficiente dos recursos e da infraestrutura. Contudo, para manter esse nível de atendimento a longo prazo, é fundamental avaliar cuidadosamente os impactos na equipe e nos recursos. O

alto volume e a intensidade da carga de trabalho podem eventualmente sobrecarregar a equipe e comprometer a qualidade do atendimento, tornando necessária uma revisão estratégica dos recursos humanos e materiais para preservar a excelência do serviço.

5.1.2 Taxa de Mortalidade < de 24H



Análise crítica:

No período analisado, registramos um total de 13 óbitos, o que corresponde a 0,04% do total de atendimentos, ficando abaixo da meta estabelecida. Em relação ao perfil dos óbitos, observamos uma predominância no sexo feminino, com 8 (61,5%) casos. A faixa etária dos pacientes variou de 44 a 97 anos, sendo que a maioria dos óbitos, 8 casos (61,5%), ocorreu em pacientes com idade acima de 70 anos. Desses, 7 óbitos (53,8%) ocorreram após um tempo de permanência superior a 24 horas, com variação de 2 a 4 dias de internação. Quanto aos óbitos ocorridos em menos de 24 horas, foram 6 casos (46,2%), os quais estão detalhados a seguir.

1. Menos de 24h 02/11/2024 = Paciente AT, masculino, 70 anos, história prévia de tratamento de CA metastático de orofaringe com quimioterapia e radioterapia em acompanhamento sem prognóstico de cura definido, admitido por dorsalgia intensa e hipotensão, realizado coleta de exames e

medicação. Paciente sem melhora de quadro álgico, realizado morfina para o paciente que evoluiu com taquicardia e dispneia com evolução de RNC e posteriormente para PCR. Realizado reanimação sem sucesso e constatado óbito por choque cardiogênico.

2. Menos de 24h 03/11/2024 = Paciente PIDS, masculino, 62 anos, história prévia de tratamento de CA metastático de intestino em tratamento com Hospital Pio 12 onde esteve internado previamente e teve diagnóstico de paliatividade determinado, admitido por quadro de fraqueza geral, síndrome consumptiva e constipação intestinal, evoluiu na unidade com piora do quadro geral e RNC seguida de dessaturação, taquicardia e dispneia evoluindo para PCR o qual não foi realizado reanimação conforme desejo familiar e cuidados de paliatividade já definidos previamente. Óbito constatado por insuficiência respiratória aguda.
3. Menos de 24h 09/11/2024 = Paciente SDCS, feminina, 67 anos, histórico de tabagismo, trazido a unidade por familiares por meios próprios se apresentando irresponsiva e sem sinais vitais constatados e assim iniciado protocolo de reanimação cardiorrespiratória sem sucesso e evoluindo para óbito constatado de parada cardíaca não especificada.
4. Menos de 24h 05/11/2024 = Paciente CEDSDS, feminina, 44 anos, histórico de HAS, DM, DRC (dialítica), IAM prévio há 3 meses e tabagista, admitido na unidade por quadro de agitação psicomotora, dispneia e precordialgia. Paciente segue em cuidados em leito de emergência e evoluiu para PCR e sendo realizada reanimação cardio-respiratória sem sucesso, evoluindo para óbito atestado por causa de choque cardiogênico.
5. Menos de 24h 21/11/2024 = Paciente JAFB, feminina, 88 anos, histórico de HAS, DM, DRC e hipotireoidismo. Admitida por queda de estado geral, inapetência evoluindo com hipotensão e cianose de extremidades e aberto protocolo de SEPSE e seguido linha de cuidados. Paciente clinicamente instável sem possibilidade de transporte não apresenta melhora com

medidas invasivas, evoluindo para PCR e realizado reanimação cardio-respiratória sem sucesso, evoluindo para óbito constatado de choque séptico.

6. Menos de 24h 24/11/2024 = Paciente GMDS, masculino, 77 anos, histórico de CA intestinal, trazido a unidade por familiares por meios próprios se apresentando arresposivo e sem sinais vitais constatados e assim iniciado protocolo de reanimação cardio-respiratória sem sucesso e evoluindo para óbito constatado de parada cardiorrespiratória.
7. Menos de 24h 30/11/2024 = Paciente AMP, feminina, 87 anos. Ambulância do SAMU avançada adentra unidade com uma paciente em maca com sinais de óbito que já foi declarado no transporte pela médica assistente do SAMU, que relata ter sido orientada e regulada para nossa unidade. Em conformidade para a melhor assistência e suporte aos familiares que solicitaram o médico assistente (médico da saúde da família) para declaração do óbito, fornecemos uma D.O. para maior agilidade com os trâmites para velar o corpo. Óbito atestado como AVCI e DRC.

Pacientes que evoluíram a óbito com permanência maior de 24 horas.

1. Mais de 24h 05/11/2024 = Paciente PR, feminina, 97 anos, histórico de doença de Alzheimer avançado, admitida na unidade em 01/11/2024 devido quadro de queda de estado geral, tosse secretiva e falta de ar. Aberto protocolo de sepse e seguido a linha de cuidados na unidade com solicitações de transferência. Paciente evolui para PCR e conforme acordo em familiares para cuidados proporcionais a paciente, não foi realizado reanimação cardio-respiratória evoluindo para óbito constatado de sepse.
2. Mais de 24h 10/11/2024 = Paciente ODAA, feminina, 88 anos, DM com histórico de internação prévia há 2 dias de SEPSE de foco urinário, admitida na unidade em 04/11/2024, por queda de estado geral, vômitos e febre. Aberto protocolo de sepse e seguida linha de cuidados na unidade

com solicitações de transferências. Paciente evoluiu para PCR em leito de observação e conforme acordo com familiares para seguimento com a paciente para cuidados proporcionais a paciente, não foi realizado reanimação cardio-respiratória evoluindo para óbito constatado de choque séptico de foco urinário.

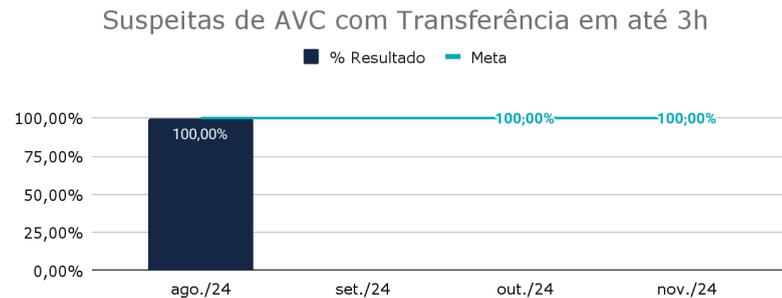
3. Mais de 24h 20/11/2024 = Paciente MGADA, feminina, 61 anos, histórico de HAS, DM, DRC, AVC há 10 anos e ex-tabagista. Admitida em 19/11/2024 devido queda de estado geral, tosse produtiva, dispneia aguda e segue linha de cuidados para sepse. Realizadas medidas invasivas (IOT/CVC) e solicitação de vaga. Paciente com instabilidade hemodinâmica evoluiu para PCR e realizado reanimação cardio-respiratória sem sucesso, evoluindo para óbito constatado de choque séptico.
4. Mais de 24h 26/11/2024 = Paciente GMB, masculino, 73 anos, histórico de enfisema pulmonar, IAM e AVC prévio, ex tabagista e ex etilista. Paciente admitido em 24/11/2024 com queda do estado geral, desaturacao e dispneia e teve como diagnóstico de pneumonia e DPOC exacerbado, seguiu linha de cuidados para otimizar resgate respiratório e solicitação de vaga para referência. O mesmo evoluiu com rebaixamento de nível de consciência com deterioração de sinais vitais evoluindo para PCR, realizado manobras de reanimação cardiorrespiratória com sucesso, seguida de intervenção (IOT), porém paciente não mantém quadro clínico de estabilidade e apresenta nova PCR e novamente manobras cardio-respiratórias sem sucesso, evoluindo para óbito constatado de choque séptico.
5. Mais de 24h 28/11/2024 = Paciente MAA, feminina, 64 anos, histórico de CA de mama metastático (cerebral/ósseo/hepático) e acamada. Admitida em 25/11/2024 devido quadro de inapetência e desconforto respiratório evoluindo a 7 dias, teve como diagnóstico inicial de pneumonia, seguindo linha de cuidados em leito de observação e solicitado transferência para

referência para seguimento de cuidados proporcionais e de clínica médica. Paciente evoluiu para PCR e conforme acordo com familiares para seguimento com a paciente para cuidados proporcionais, não foi realizada reanimação cardio-respiratória, evoluindo para óbito constatado de choque séptico.

6. Mais de 24h 29/11/2024 = Paciente MRA, feminina, 87 anos, histórico de HAS e cardiomegalia. Admitida na unidade em 28/11/2024 com queda de estado geral, rebaixamento de nível de consciência, precordialgia e dessaturação, teve como diagnóstico de taquicardia supraventricular e seguiu linha de cuidados em leito de emergência e transferência solicitada. Paciente evoluiu para PCR e conforme acordo com familiares para seguimento com a paciente para cuidados proporcionais, não foi realizado reanimação cardio-respiratória, evoluindo para óbito constatado de parada cardiorrespiratória.

A dificuldade de regulação para referência tem sido um fator importante no período analisado, especialmente considerando que 6 óbitos (46,2%) ocorreram após mais de 24 horas de permanência na unidade de pronto atendimento (UPA). Esse dado chama a atenção, pois revela que, apesar dos esforços de estabilização e cuidados iniciais, a transferência para unidades de referência foi desafiada, o que pode ter impactado o desfecho clínico dos pacientes. A demora ou dificuldades na regulação para hospitais de referência, como a falta de leitos disponíveis ou de tempo adequado para a transferência, pode ter contribuído para a permanência prolongada desses pacientes na UPA, resultando em complicações e, eventualmente, em óbitos.

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



Análise crítica: Considerando a solicitação no relatório recebido pela CAAF foi abordado o tema de capacitação de AVC com toda a equipe multiprofissional no mês vigente assim buscando aprimoramento e qualidade na assistência prestada.

No período analisado não tivemos nenhum caso de AVC dentro do delta, porém tivemos 14 pacientes em linha de cuidado com abertura de protocolo, com relação ao tempo de início de sintomas e abertura de atendimento médico tivemos o menor tempo 25 minutos o maior tempo 71 horas, com relação ao tempo de atendimento médico menor tempo 22 minutos e maior tempo 1 hora. Dos casos atendidos 3 (21,42%) pacientes necessitam de transferência, com tempo de atendimento transferência menor tempo foi de 7 horas e 13 minutos e 38 horas e 37 minutos. Abaixo a descrição individual de cada caso.

1. Paciente MESM, feminino de 44 anos, que foi admitida com formigamento nos membros superiores e inferiores. Ela tinha histórico de tabagismo de longa data, e após a avaliação médica, o protocolo de **AVC foi descartado**, sendo diagnosticada com mal-estar e fadiga. Ela não aguardou a reavaliação médica e foi liberada.
2. Paciente BGF, feminino de 71 anos, com histórico de paralisia facial, diabetes mellitus e dislipidemia, chegou à unidade com desvio de rima. Após avaliação, o protocolo de **AVC foi descartado**, sendo diagnosticada com transtorno de nervo facial, e a paciente recebeu alta com encaminhamento à UBS.

3. Paciente NFL, feminino de 51 anos, com histórico de AVC e hipertensão, chegou com sintomas de dormência nos membros superiores e inferiores, que começaram há um dia. A avaliação médica **descartou o AVC**, diagnosticando uma crise de ansiedade. A paciente foi medicada, reavaliada, apresentou melhora e foi liberada com alta médica, sendo encaminhada à UBS.
4. Paciente ACAL, feminino de 38 anos, com histórico de hipertensão, AVC e depressão, deu entrada com fraqueza, mal-estar, alteração motora e fala, com sintomas iniciados há seis horas. História prévia de HAS. O protocolo de **AVC foi descartado**, pois a paciente estava fora da janela terapêutica. Ela foi encaminhada para observação e solicitação de transferência, mas acabou evadindo da unidade, logo após 2 horas retornou novamente e mesmo assim optou em não dar seguimento no cuidado com alta a revelia.
5. Paciente IAC, masculino de 56 anos, que chegou com náusea, cefaleia, formigamento e vertigem, com sintomas iniciados há quatro horas e meia. Ele tinha histórico de hipertensão, dislipidemia e DLP (dislipidemia). Após avaliação, o protocolo de **AVC foi descartado**, sendo diagnosticado com cefaleia. O paciente foi liberado com alta médica e encaminhado à UBS.
6. Paciente ACATO, feminino de 31 anos, com histórico familiar de AVC e uso de anticoncepcionais, chegou com desvio de rima e assimetria facial, com sintomas iniciados há nove horas. Após avaliação médica, o protocolo de **AVC foi descartado** e a paciente foi diagnosticada com parestesias cutâneas. Ela foi liberada com alta médica e encaminhada à UBS.
7. Paciente IAMP, feminina de 90 anos, com histórico de hipotireoidismo e hipertensão, chegou à unidade com perda de força motora bilateral, com sintomas iniciados há três horas. Após avaliação, o protocolo de **AVC foi descartado**, sendo diagnosticada com mal-estar e fadiga. Ela foi liberada com alta médica e encaminhada à UBS.
8. Paciente SAP, feminina de 86 anos, com cefaleia, disartria e alteração no nível de consciência, foi trazida pelo SAMU. O protocolo de **AVC foi descartado** e foi solicitada a transferência para um hospital de referência. Ela permaneceu na unidade por 38 horas antes de ser transferida.
9. Paciente NB, masculino de 79 anos, que chegou com assimetria facial e perda de força motora após oito horas e seis minutos de início dos sintomas. Após avaliação, o protocolo de **AVC foi descartado**, e foi solicitada vaga em hospital de referência por AVC fora do Delta. Ele foi

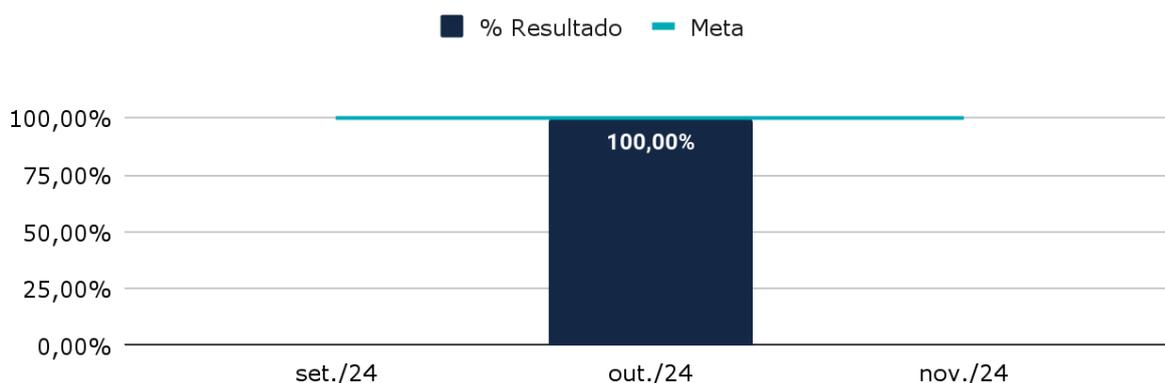
transferido após 18 horas e 39 minutos de permanência para o Dr. José de Carvalho Florence.

10. Paciente CAN, feminina de 49 anos, que foi encaminhada pela UBS após apresentar pico hipertensivo, tremores e formigamento, teve o protocolo de **AVC descartado** após avaliação médica. O diagnóstico final foi mal-estar e tontura, e ela foi encaminhada à UBS após melhora do quadro.
11. Paciente JGN, masculino de 58 anos, foi admitida com relato de mal-estar, perda de força motora do lado esquerdo e confusão mental, protocolo de **AVC descartado**, mas após avaliação médica AVC fora do Delta e ela foi transferida após 7:30h de permanência para o hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.
12. Paciente MSAS, feminino de 72 anos com perda motora e dificuldade para falar, com sintomas iniciados há uma hora. HPP de HPP HAS, DLP. O protocolo de **AVC foi descartado**, e o diagnóstico final foi mal-estar e fadiga. Ela recebeu alta médica e foi encaminhada à UBS.
13. Paciente ESR, masculino de 57 anos, deu entrada na unidade com tontura e diplopia há 3 dias, HPP HAS, DM, HIV, após avaliação médica **descartado protocolo de AVC** e diagnóstico final foi de mal estar e fadiga.
14. Paciente FAP, feminino 36 anos, deu entrada na unidade com dor e formigamento no MSE, HPP nega, após avaliação médica **descartado protocolo** por HD de dor aguda, liberada de alta.

Esses casos ilustram a importância da avaliação médica criteriosa para descartar ou confirmar diagnósticos de AVC, bem como a necessidade de acompanhamento contínuo para garantir o encaminhamento adequado dos pacientes.

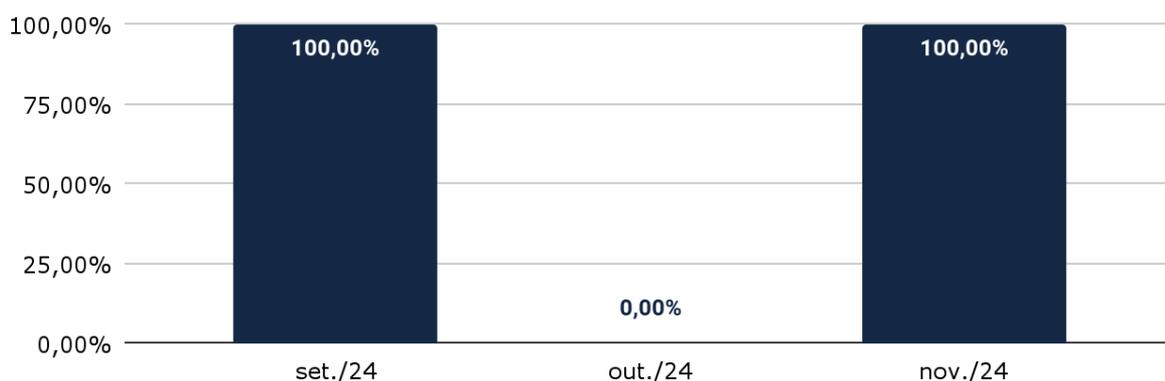
5.1.4 Percentual de pacientes trombolisados + percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidado do IAM

Trombólise no IAM com Supra de ST



Análise crítica: No período não tivemos nenhum caso de administração de trombolítico.

Transferência ICP



Análise crítica: No período analisado tivemos um caso de encaminhamento para ICP.

O paciente LTC, masculino, 61 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), deu entrada na unidade relatando dor

na coluna, vômitos e diarreia. Inicialmente, não foi evidenciada dor torácica, mas durante a consulta médica, o paciente relatou dor retroesternal em aperto. O médico solicitou um eletrocardiograma, com um tempo porta-eletrocardiograma de 3 minutos, e o tempo porta-avaliação médica foi de 8 minutos. O tempo porta-transferência foi de 1 hora e 14 minutos, e o tempo porta-balão foi de 2 horas e 24 minutos.

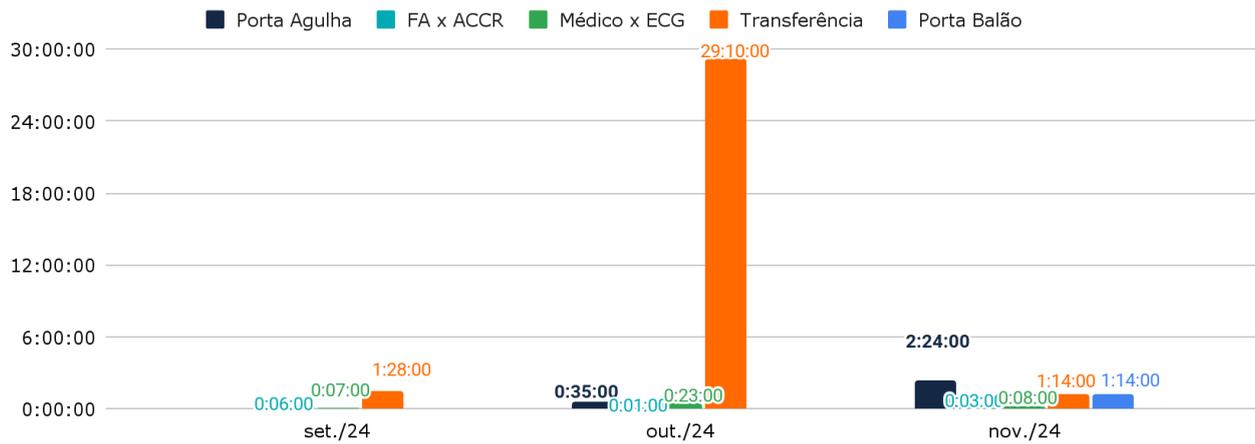
Ao analisar cada tempo individualmente, observamos que o paciente deixou a unidade às 11:40 e entrou para a realização do procedimento de balão às 12:50. Após a chegada ao destino, Hospital Pio XII, levou 1 hora e 10 minutos para a abertura da artéria.

Com relação aos tempos na unidade, nosso objetivo é alcançar um tempo de porta-transferência de 60 minutos. **Vamos revisar os processos internos para identificar oportunidades de melhoria, a fim de alcançar a meta estabelecida e superar os tempos determinados no plano de trabalho.**

Ainda com relação aos atendimentos prestados por SCA foram abertos 132 protocolos desses 59 seguiram protocolo de SCA seriando enzimas na unidade, 3 apresentaram IAM Sem SST, 2 foram encaminhados ao Hospital PIO XII e 1 foi encaminhado para o Hospital Dr. José de Carvalho Florence.

Dos 132 protocolos abertos para atendimentos relacionados à Síndrome Coronária Aguda (SCA), 44,7% (59) seguiram o protocolo de SCA com a realização de testes de enzimas na unidade. Além disso, 2,3% (3) dos casos apresentaram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sem Supressão da ST (SST). Em relação aos encaminhamentos, 1,5% (2) dos pacientes foram direcionados para o Hospital PIO XII, enquanto 0,8% (1) foram encaminhados para o Hospital Dr. José de Carvalho Florence.

Tempo Médio - Linha de Cuidado IAM

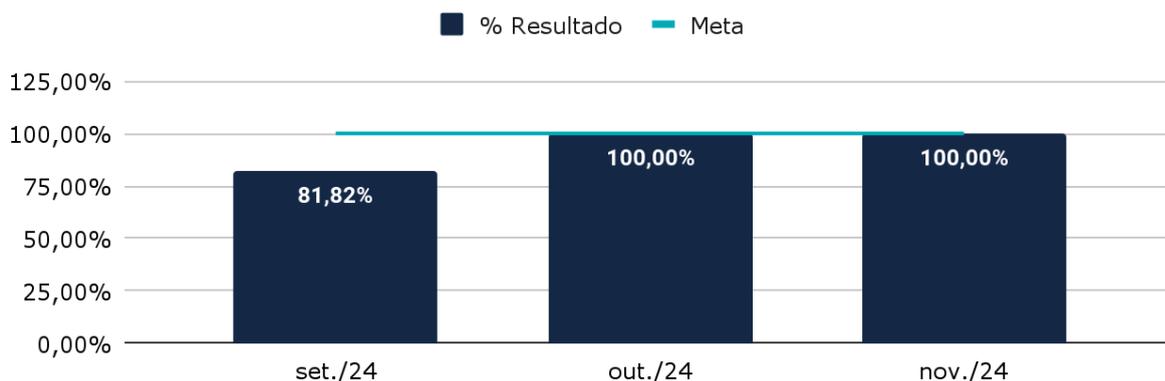


Análise crítica: Com relação ao cumprimento dos tempos de atendimentos na linha de cuidado FA x CR 3 minutos; Médico x eletro 8 minutos, porta x balão 4:49, FA x transferência 1:14.

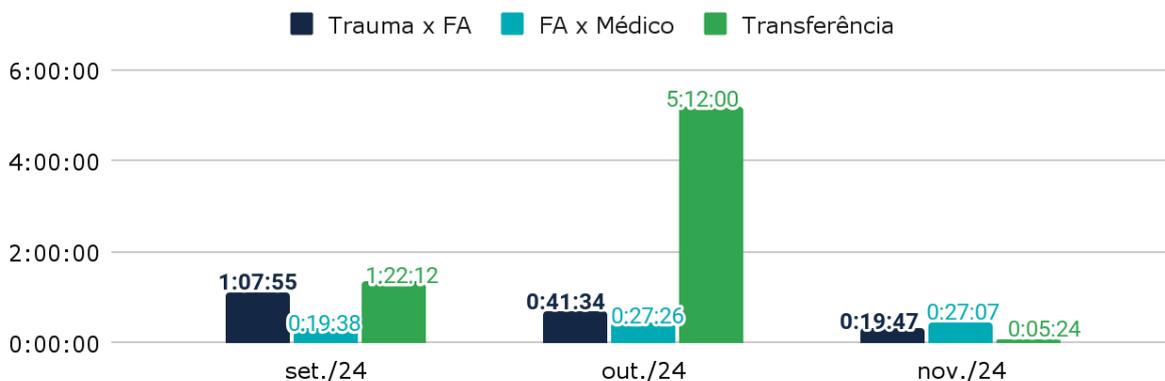
Com relação aos tempos na unidade, nosso objetivo é alcançar um tempo de porta-transferência de 60 minutos. Vamos revisar os processos internos para identificar oportunidades de melhoria, a fim de alcançar a meta estabelecida e superar os tempos determinados no plano de trabalho.

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

Desfechos Positivos em Trauma



Tempo Médio - Trauma



Análise crítica: No mês analisado, observamos uma constância no número de atendimentos por trauma na sala vermelha, quando comparado aos meses anteriores. Foram registrados 9 atendimentos por trauma, dos quais 5 (55,6%) foram em adultos e 4 (44,4%) em pacientes pediátricos, com 6 casos (66,7%) no sexo masculino e 3 (33,3%) no sexo feminino.

Em relação ao tipo de trauma na pediatria, 3 (75%) casos foram decorrentes de quedas e 1 (25%) de acidente automobilístico. Nos adultos, os traumas mais comuns foram quedas e agressões.

Quanto ao desfecho, 5 pacientes (55,6%) foram transferidos para unidades de referência e 4 (44,4%) receberam alta médica.

Logo abaixo segue a descrição com relação aos atendimentos.

Paciente IFP, At. 1324982 masculino, 29 anos, deu entrada em sala de emergência de viatura da polícia militar após ter dado um "soco no vidro" e apresentava corte contuso na mão, negou conduta de atendimento na unidade.

Paciente DMSR, At. 255744, masculino, 2 anos deu entrada na unidade acompanhado pela mãe que relatou que o balanço bateu na cabeça do filho, o mesmo apresenta FCC (ferimento por corte contuso) na região parietal, após avaliação médica, mantido paciente em observação neurológica por 6 horas e liberado de alta médica após.

Paciente IL, At. 165108, masculino, 55 anos, deu entrada na unidade com relato que trauma após queda de bicicleta há 20 minutos, recebeu atendimento médico em sala de emergência e foi encaminhado para o hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.

Paciente ACS, At. 240186, masculino, 8 anos, deu entrada na unidade trazido por testemunha que prestou assistência, relatou ter sido vítima de trauma bicicleta contra muro, apresentava lesões em face, recebeu atendimento médico em sala de emergência e foi encaminhado para o hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.

Paciente BPS, At 207738 feminino, 19 anos, deu entrada na unidade após ser vítima de agressão pelo namorado, apresentando corte profundo e escoriações em MMSS E MMII, seguido protocolo de mulher vítima de violência doméstica, recebeu atendimento médico em sala de emergência e foi encaminhado para o hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.

Paciente VGPS, At 1326019, feminino, deu entrada na unidade após ser vítima de atropelamento, segundo relato veículo passou nos MMII, estável

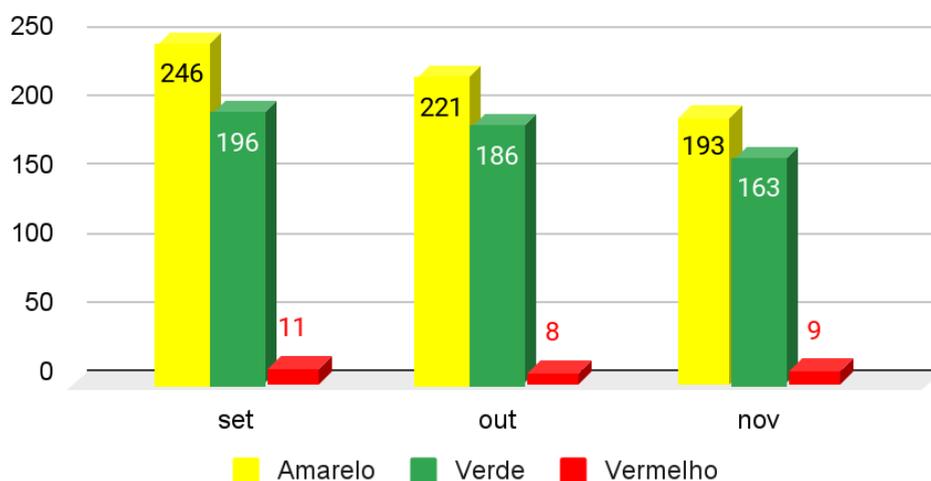
hemodinamicamente, após atendimento médico foi solicitada vaga e foi encaminhado para o hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.

Paciente JJM, At 177864, masculino, 23 anos, deu entrada na unidade após apresentar queda no banheiro, batendo a cabeça no vaso, seguindo de episódio de vômito, recebeu atendimento médico em sala de emergência e foi encaminhado para observação neurológica por 6 horas, apresentando melhora no quadro e liberado de alta médica.

Paciente ELRS At. 200278, feminina, 18 anos, deu entrada na unidade após queda de escada, com escoriações e dor intensa em MMII, pós atendimento médico foi solicitada vaga e foi encaminhado para o hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.

Paciente LOB, At 266967, masculino 1 ano, deu entrada na unidade acompanhado pela mãe após relato que queda de pular, apresenta escoriações em face, após atendimento encaminhada para setor de observação para observação neurológica, liberada de alta médica após.

Pacientes de trauma por classificação

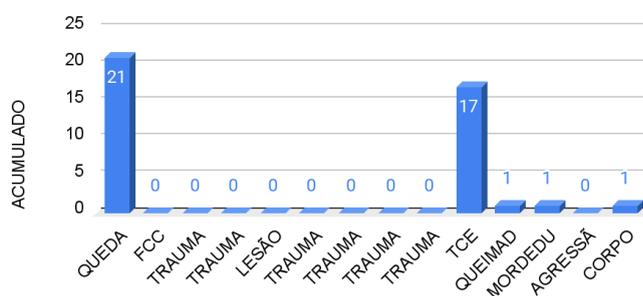


A unidade atendeu no total 365 pacientes vítimas de trauma, sendo 9 classificação vermelha, 193 de classificação amarela e 163 de classificação verde, com relação aos traumas foi estratificado o perfil por idade conforme descrito abaixo.



Com relação aos traumas leves em menores de 1 ano, podemos observar entre os meses um número de forma igualitária com pouca variação na quantidade de atendimentos.

CIDS de traumas menores de 1 ano

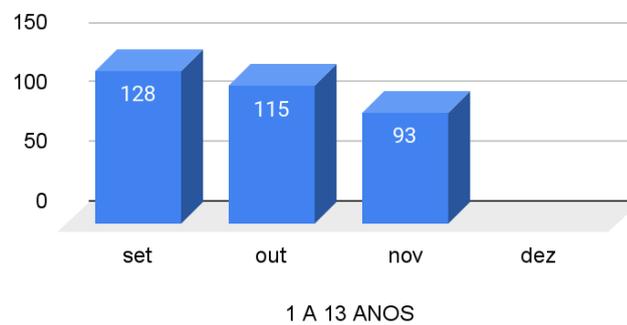


HD

Com relação ao tipo de ocorrência do trauma, podemos observar no acumulado do mês de novembro a predominância dos casos de queda seguido de TCE, sendo todos os casos atendidos encaminhados para acompanhamento da UBS e casos identificados como negligência encaminhados ao conselho tutelar. Dois

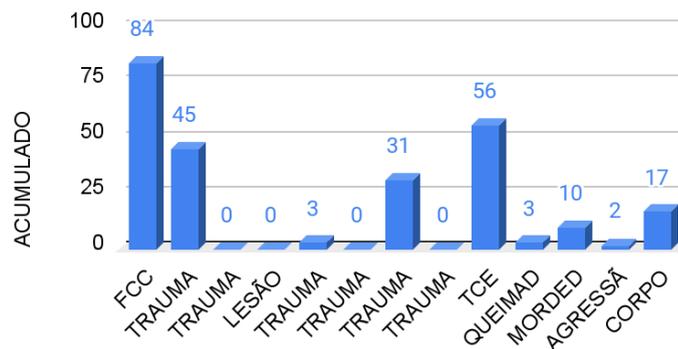
casos foram necessários para transferência para o hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.

Trauma de 1 a 13 anos



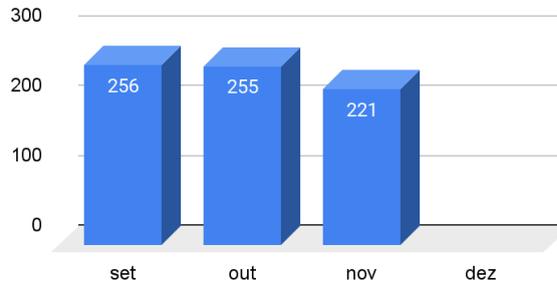
Com relação aos atendimentos de traumas de 1 a 13 anos podemos observar uma redução com relação ao número de atendimentos. Dos 93 pacientes atendidos, 21 foram necessários a transferência ao hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.

CIDS de traumas 1 a 13 anos



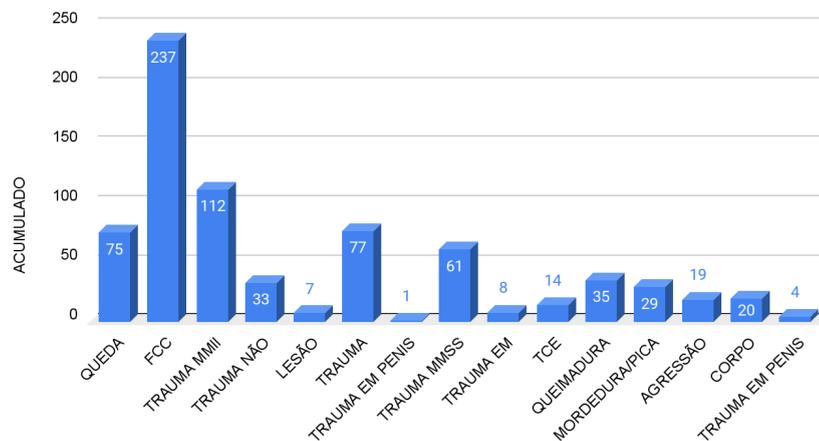
Com relação ao tipo de trauma, podemos observar no acumulado uma predominância dos casos de ferimento por corte contuso, seguido de TCE.

Traumas de 14 a 59 anos



Com relação aos traumas nesse perfil de idade de 14 a 59 anos, podemos observar uma discreta redução. Dos 221 pacientes atendidos, 28 casos foram necessários a transferência para o Dr. José de Carvalho Florence. Com relação ao tipo de trauma, podemos observar que ferimento por corte contuso mantém como predominante seguido de trauma em membros inferiores.

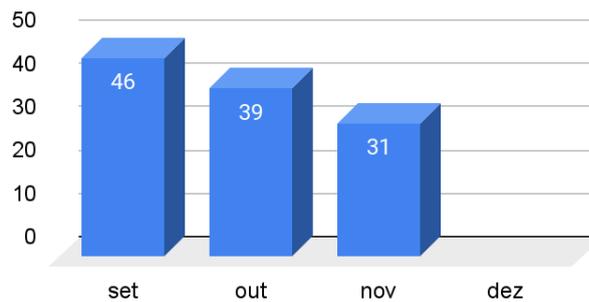
CIDS de traumas 14 a 59 anos



Com relação aos traumas em idosos de 60 a 79 anos, podemos observar uma redução em comparação com o mês anterior, tal fato pode estar relacionado com as constantes notificações de ocorrências de quedas nas unidades básicas de saúde da região, para um acompanhamento dos pacientes idosos com quedas

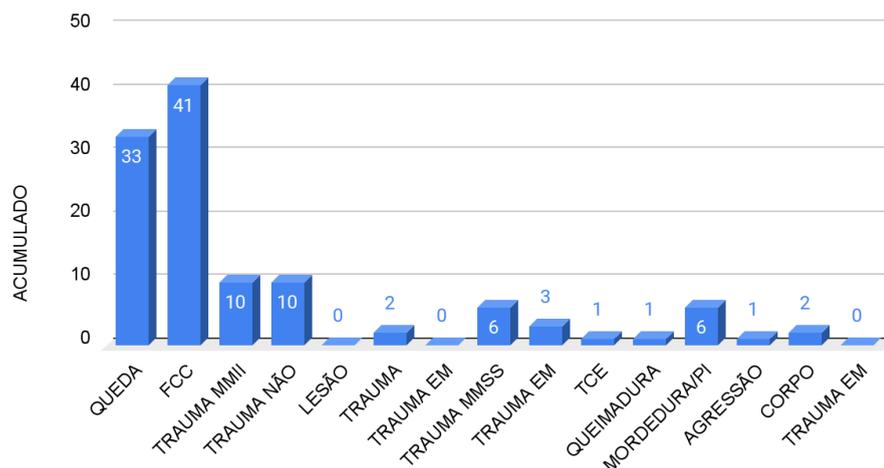
recorrentes na unidade. Dos 31 casos atendidos, 9 pacientes foram necessários transferência para o hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.

Trauma de 60 anos a 79 anos



Com relação ao tipo de trauma, podemos observar uma predominância de ferimento por corte contuso, seguido de queda.

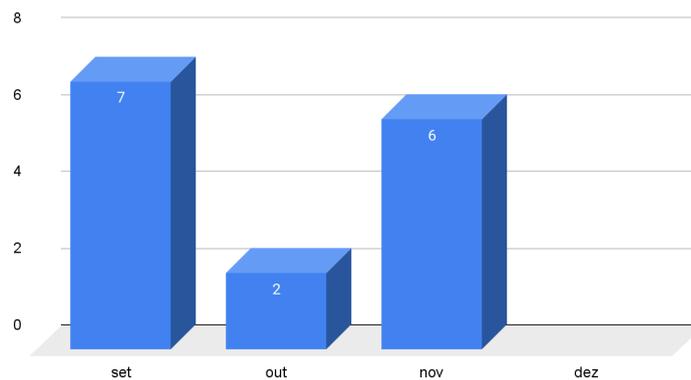
Traumatas de 60 a 79 anos



Com relação aos traumas em pacientes com mais de 80 anos podemos observar uma discreta redução no número de atendimentos em comparação com os meses anteriores, tal fato só fortalece a evidência da ação da unidade junto a UBS com a sinalização dos casos de pacientes que passam em atendimento na

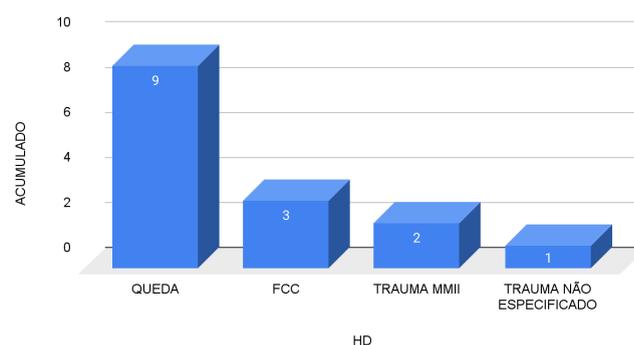
unidade por diagnóstico de quedas, dos casos atendidos 1 foi necessário transferência para referência.

Traumas 80 anos ou mais



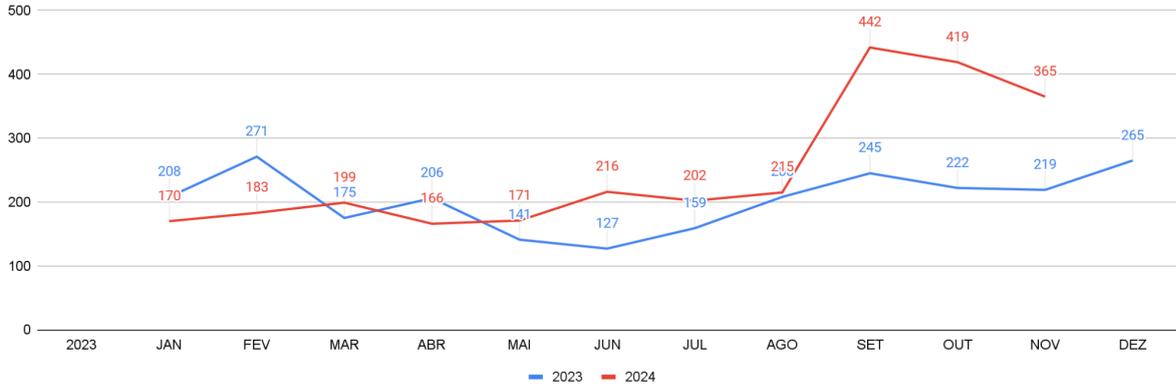
Com relação aos tipos de traumas podemos observar a queda como prevalência dos tipos de traumas envolvendo idosos, com relação aos idosos atendidos por queda, realizamos a notificação da UBS de abrangência para acompanhamento e inclusão nos programas.

Trauma 80 anos ou mais



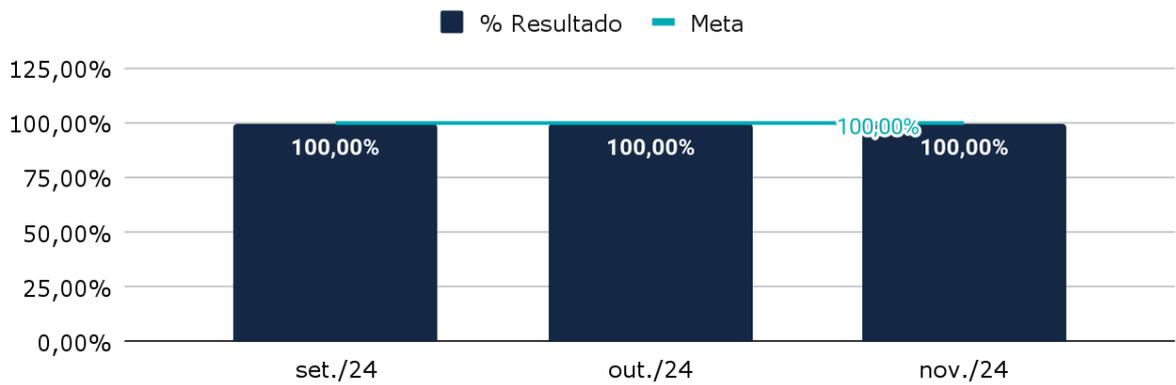
Com relação ao gráfico podemos observar que após a utilização do novo sistema houve uma melhora significativa que se manteve com relação a estratificação dos dados, podemos observar que a curva teve um pico e agora podemos ver uma estabilização com tendência de queda.

Comparativos de traumas 2023 e 2024



5.1.6 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo

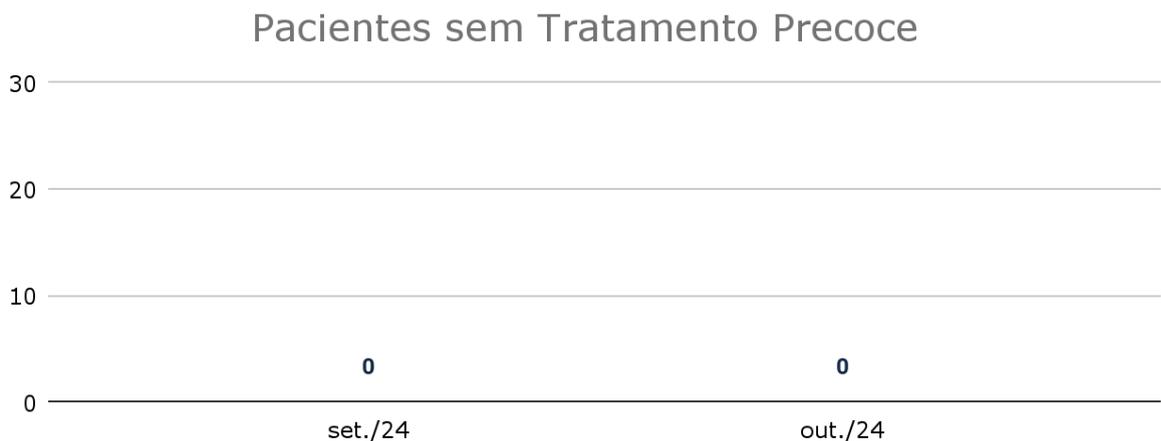
Protocolos Abertos



ABERTURA DE PROTOCOLO													Acumulado anual
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
2023	1	2	0	5	3	2	4	3	5	1	1	7	34
2024	1	1	6	1	2	6	45	19	22	26	19		148

Análise crítica: A **sensibilidade de abertura do protocolo de sepse** é crucial para garantir que os pacientes sejam identificados e tratados de maneira adequada e oportuna. Isso tem um impacto direto na redução da mortalidade, melhora nos desfechos dos pacientes e na otimização do uso de recursos médicos, além de promover um cuidado mais eficiente e de qualidade. No período analisado, tivemos a sensibilidade de abertura de 19 protocolos de sepse na unidade.

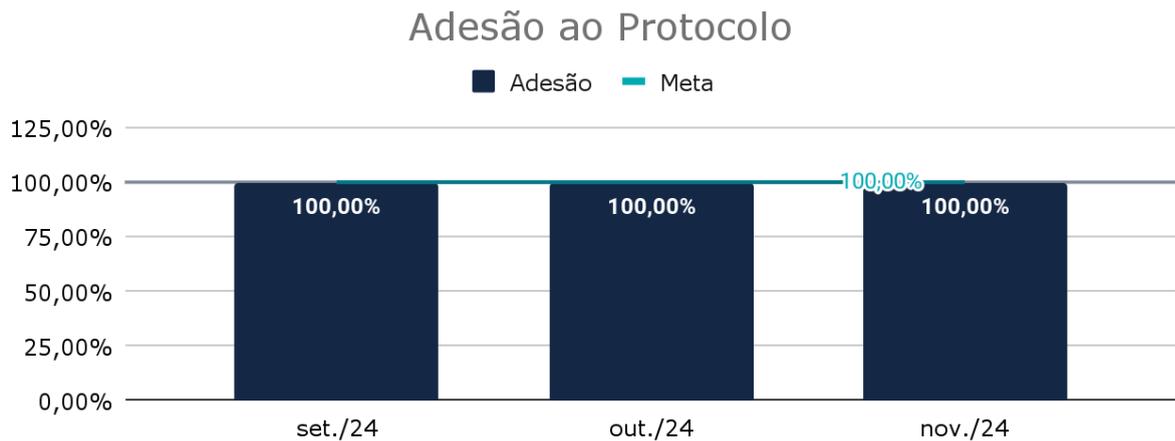
5.1.7 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE



Análise crítica: No período analisado todos os pacientes receberam tratamento precoce para sepse, com variação de 10 a 45 minutos.

SEGUIMENTO DA LINHA DE CUIDADO DE SEPSE													Acumulado anual
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
2023	1	0	0	0	2	1	4	1	1	1	0	1	12
2024	1	1	2	0	0	5	7	8	6	10	12		52

5.1.8 Adesão ao protocolo de SEPSE



Análise crítica: Com relação a adesão ao protocolo tivemos 100%, desses, 12 pacientes (63,2%) seguiram a linha de cuidado, atendendo aos critérios clínicos de sepse. Entre esses 12 pacientes, 7 (58,3%) apresentaram foco pulmonar, 4 (33,3%) foco urinário e 1 (8,3%) foco cutâneo.

Em relação à necessidade de transferência, 9 pacientes (47,4%) apresentaram essa indicação. O tempo de coleta de exames variou entre 6 e 28 minutos, e o tempo de administração do antibiótico variou entre 10 e 45 minutos. Quanto à reavaliação na 6ª hora, 11 pacientes (57,9%) foram reavaliados conforme o protocolo, e 1 paciente (5,3%) recebeu alta contra a orientação médica.

Com relação ao desfecho, foram observados 5 óbitos (26,3%), 3 altas médicas (15,8%), 3 transferências (15,8%) e 1 evasão (5,3%).

Logo abaixo descrevemos de forma detalhada cada caso dos pacientes na linha de cuidado de Sepse.

1. Paciente PR, At. 272201, feminino, 97 anos, deu entrada pela emergência procedente de Samu, apresentando disfunção orgânica e sinais de sirs, dispneia, queda de saturação, taquipneia, HPP de alzheimer, foi atendida

no setor de emergência, tempo coleta de exame 8 minutos, tempos administração de antibiótico 27 minutos, reavaliação médica na 6 hora ocorreu com 8 horas e 57 minutos, devido o médico ter reavaliado na 4 hora. A solicitação de vaga ocorreu na avaliação a partir da segunda hora e reiterado com atualização do quadro sendo solicitado a referência 17 vezes a solicitação de vaga, durante a assistência prestada na unidade familiares (filhos) manifestaram a vontade de não ter ações de medidas invasivas a paciente, após 98 horas e 56 minutos de permanência paciente evoluiu para óbito com causa determina de Sepsis.

2. Paciente MAAC, At. 254622, feminino, 78 anos, deu entrada na unidade via Samu, apresentando sinais de SIRS e disfunção orgânica, hipertermia, taquicardia, oligúria, rebaixamento do nível de consciência, HPP de DM, AVC há 2 anos, tempo de coleta de exame 15 minutos, tempo de administração de antibiótico 20 minutos, reavaliação na 6 hora, paciente apresentando melhora do quadro recebendo alta médica com 15 horas e 37 minutos de permanência, liberada de alta médica com tratamento domiciliar.
3. Paciente WOD, At 168668, masculino, 55 anos, deu entrada na unidade na unidade pela classificação de risco, paciente já em uso de antibiótico D3 de ceftriaxona devido uma pneumonia, HPP nega, tempo de coleta de exame 28 minutos, tempo de administração de antibiótico 28 minutos, paciente não teve tempo de reavaliação na 6 hora, pois após 3:31 de permanência na unidade, opta por alta à revelia, refere que retornará no dia seguinte, pois não tinha condições de permanecer na unidade por motivos pessoais.
4. Paciente OAA, At 144687, feminino, 88 anos, HPP HAS, DM, demência, deu entrada nesta unidade por queda do estado geral, segundo a família, recentemente teve internação no hospital Dr. José de Carvalho Florence de São José dos Campos por ITU em uso de antibiótico, segundo familiares, durante sua permanência na unidade hospitalar foi abordado

paliatividade com a mesma, onde manifestaram vontade de não haver medidas invasivas e gostariam que fosse mantida durante sua permanência nessa unidade, paciente não apresentava sinais de SIRS e disfunção orgânica, após 11 horas de permanência na unidade paciente apresentou 3 sinais de SIRS e disfunção orgânica, hipertermia, taquicardia, rebaixamento e leucocitose 00:07h, tempo da coleta de exame e administração de antibiótico 10 minutos, reavaliação na 6 hora não ocorreu, ocorreu na 10 hora, com solicitação de vaga para referência por 9 vezes durante sua permanência na unidade, paciente após 5 dias de permanência na unidade paciente apresentou quadro de PCR, evoluindo a óbito por causa determinada por outras septicemias.

5. Paciente PCG, At 244398, masculino, 59 anos, HPP HAS , DM1, IC Perfil B, Cardiopata (ATC há 6 anos) deu entrada nesta unidade por Cianose de extremidades, dispneia, taquicardia, em tratamento de erisipela em uso de ceftriaxona há 10 dias, aberto protocolo de sepse foco cutâneo tempo de coleta de exame 7 minutos, tempo de administração de antibiótico 12 minutos, reavaliação da 6 hora ocorreu na 5:18 minutos, após 26 horas de permanência paciente foi transferida ao hospital clinica sul para continuidade no tratamento.
6. Paciente MGAS, At 134462, 61 anos, feminino, HPP HAS, DM, AVC há 10 anos, deu entrada na unidade com relato de tosse e inapetência. após 2 horas de permanência na unidade paciente evolui para quadro de hipotensão, dessaturação e taquicardia foi encaminhada para emergência, aberto protocolo de sepse, tempo de coleta de exame 27 minutos, e administração de antibiótico 27 minutos, tempo de reavaliação médica na 6^a hora foi com 6:55 minutos, durante seu período de permanência foram 8 solicitações de vagas a referência, após 43 horas de permanência na unidade paciente apresentou quadro de PCR, não respondendo às medidas de RCP evoluindo a óbito declarado como Choque Séptico.

7. Paciente SMRO, At. 150065, feminino, 74 anos, HPP HAS, DM, AVC há 2 meses, deu entrada com quadro de inapetência e queda do estado geral há 4 dias, hipoglicemia, durante o atendimento HD de mal estar e fadiga, após 3 horas de permanência na unidade, evoluiu por quadro de rebaixamento de nível de consciência, oligúria, saturação, encaminhada para emergência, tempo de coleta de exame 10 minutos, administração de antibiótico 20 minutos, reavaliação na 6ª hora ocorreu na 7 hora, após 42:50h de permanência na unidade foi de transferência para o Dr. José de Carvalho Florence.
8. Paciente MAM, At. 200434, feminino, 68 anos, HPP HAS, DM, deu entrada na unidade por quadro de febre, dispneia, queda de saturação, aberto protocolo de Sepsis, tempo de coleta de exame 5 minutos, tempo de administração de antibiótico 45 minutos, tempo de reavaliação na 6ª hora ocorreu com 5:55 minutos, solicitado transferência para referência, com 9:32h de permanência paciente foi transferido para Dr. José de Carvalho Florence.
9. Paciente CO, At. 267880, feminino, 37 anos, HPP nega, paciente veio na unidade para uso de antibiótico ceftriaxona D10/10, paciente relata que há 40 dias teve um quadro de dispneia, em uso de Levofloxacino, Claritromicina e Cefuroxima, durante esse período, coletou 3 amostras de Baar negativos, após avaliação médica mantido protocolo de sepsis, e uso do antibiótico ceftriaxona associado a clindamicina, durante sua permanência houve 10 solicitações de vaga as referências, após 66 horas de permanência na unidade para paciente com melhora do quadro, liberada de alta médica com acompanhamento na UBS.
10. Paciente MRA, At. 167554, feminino, 87 anos, HPP HAS, Cardiomegalia, deu entrada na unidade com dor precordial após o almoço, taquicardia aberto protocolo de dor torácica, apresentando taquicardia supraventricular, realizado medidas de controle em leito de emergência,

após 12 horas de permanência na unidade paciente evoluiu com rebaixamento no nível de consciência, queda de saturação, hipotensão, taquicardia, taquipneia, hipotérmica, aberto protocolo de sepse, tempo de coleta de exame 10 minutos, tempo de administração de antibiótico 30 minutos, reavaliação médica na 6ª hora ocorreu 6:30 minutos, durante sua permanência tivemos 6 solicitações de vaga para a referência, após 50 horas na unidade paciente foi a óbito por causa determinada de parada cardiorrespiratória.

11. Paciente JAFB, At. 244909, feminino, 88 anos, HPP HAS, DM, hipotireoidismo, DRC não dialítica, deu entrada na unidade por vômito e inapetência, sem alteração de sinais vitais, paciente após 6 horas de permanência na unidade evoluiu para quadro de rebaixamento de nível de consciência, aberto protocolo de sepse, tempo de coleta de exames 21 minutos, tempo de administração de antibiótico 31 minutos, realização médica na 6ª hora 6:51 minutos, 1 hora após a reavaliação na 6ª hora paciente apresentou PCR, não respondendo às medidas de RCP, evoluindo a óbito por causa determinada choque séptico.

12. Paciente MCAS, At 285759, feminino, 72 anos, HPP HAS e cardiopatia acompanhada no PIO XII em acompanhamento com o nefrologista, deu entrada com quadro de mal estar, febre, oligúria, hipotensão, avaliada pelo médico e mantido protocolo, tempo de coleta de exame 18 minutos, tempo de administração de antibiótico 42 minutos, paciente reavaliado na 6ª hora com 5:41 minutos, após 23h de permanência na unidade apresentou melhora do quadro, liberada de alta médica.

Com relação aos protocolos descartados.

1. Paciente GB, At. 250054, masculino, HPP convulsão e CA de pulmão e língua, deu entrada na unidade, por relato de crise convulsiva, apresentando taquicardico, febril e queda de saturação, após avaliação médica **descartado protocolo** por HD de outras crises convulsivas,

paciente tem convênio médico, realizado transferência para o hospital vivalle após 7 horas de permanência na unidade.

2. Paciente GAS, At. 1325613, masculino, 37 anos, HPP tratamento de TB concluído, deu entrada na unidade por uso de antibiótico ceftriaxona D6/7 por tratamento de pneumonia, apresenta febre, tosse secretiva, durante avaliação médica **encerrada protocolo**, paciente com teste reagente para Covid 19, medicado, apresentou melhora no quadro, liberado de alta médica com orientação de retorno se piora.
3. Paciente MDD, At. 1196122, feminino, 54 anos, HPP etilismo, adicto, deu entrada na unidade por incontinência urinário, escurecida, tremores, hipertermia e taquicardia há 10 dias, durante o atendimento médico foi **descartado protocolo** por ITU, durante reavaliação médico foi necessário reposição de potássio, paciente liberado de alta médica com tratamento domiciliar de antibiótico para tratamento de ITU.
4. Paciente EUM, At. 232647, feminino, 68 anos, HPP HAS, DM tipo II, tratamento de CA de bexiga, bronquite e tabagista longa data, deu entrada na unidade por falta de ar, queda de saturação, durante avaliação médica **descartado protocolo** de sepse por HD dispneia, paciente liberada de alta médica para tratamento com uso de ceftriaxona injetável por 7 dias, devido alteração em imagem de RX e leucocitose em urina 1.
5. Paciente BCC, At. 130621, masculino, 88 anos, HPP HAS, AVC há 1 ano com sequela, paciente faz uso diário de SVA com passagem realizada pelas filhas (técnicas de enfermagem), deu entrada na unidade por queda do estado geral, vômitos, e febre, após avaliação médica o **protocolo foi descartado** por febre não especificada.
6. Paciente MTL, At. 288793, feminino, 10 meses, HPP nega, deu entrada na unidade com quadro de dispneia, febre e taquicardia, aberto protocolo de sepse, após avaliação médica **descartado protocolo** por bronquite

aguda. Após 4 horas de permanência foi transferida para o Dr. José de Carvalho Florence para continuidade ao tratamento.

7. Paciente MLAS, At. 146991, feminino 65 anos, HPP Sequela de AVC 1 ano e 9 meses, HAS, Arritmia, hipotireoidismo. deu entrada na unidade por quadro pós ictal, hipertermia, rebaixamento de nível de consciência, após avaliação médica **descartado protocolo** por HD de Cistite, paciente liberado de alta médica para tratamento domiciliar.

Durante este período, observou-se um aumento no tempo de permanência dos pacientes na unidade. O maior tempo registrado foi de 131 horas para um paciente, o que representa um aumento significativo em relação ao tempo médio de permanência.

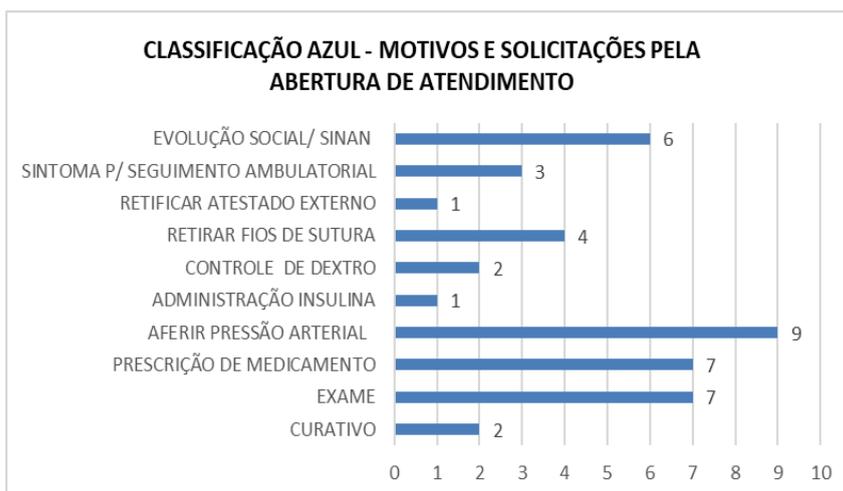
5.1.9 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS



Análise crítica: Durante o período de novembro, foram atendidos na unidade 42 pacientes classificados na triagem como azul e direcionados para demandas que foram acolhidas, orientadas e direcionadas para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência da região. Conforme gráfico abaixo, as unidades com maior

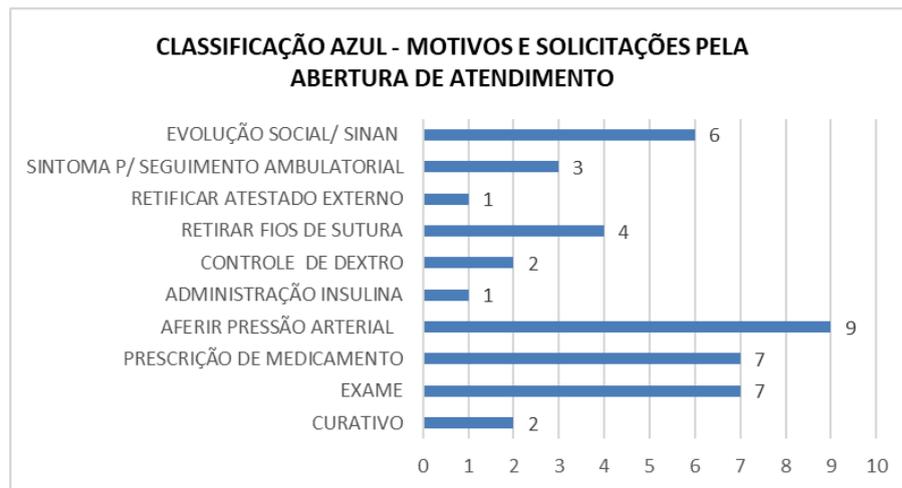
predominância são: Campo dos Alemães, Dom Pedro e Bosque dos Eucaliptos sendo todas de abrangência da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

Após a classificação de risco os pacientes foram encaminhados ao Serviço Social, através da escuta e acolhimento foi possível realizar o direcionamento e orientações, respeitando a escolha e autonomia do paciente em seguir com atendimento na UPA ou se direcionar a UBS de referência.

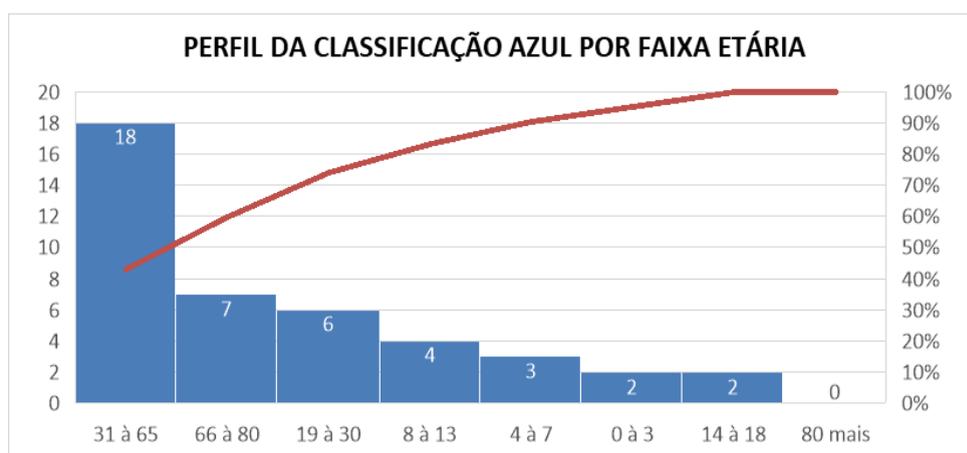


Análise Crítica: O gráfico abaixo demonstra o quantitativo dos principais motivos e solicitações para abertura de atendimento na classificação azul: aferição da pressão arterial; prescrição de medicamentos; solicitação de exames e retirada de fios de sutura. Menciona-se o paciente: Prontuário

175389- B.R.S, referiu dificuldades de ereção (sintoma para tratamento ambulatorial), foi orientado pela enfermagem e serviço social e direcionado a UBS de referência.

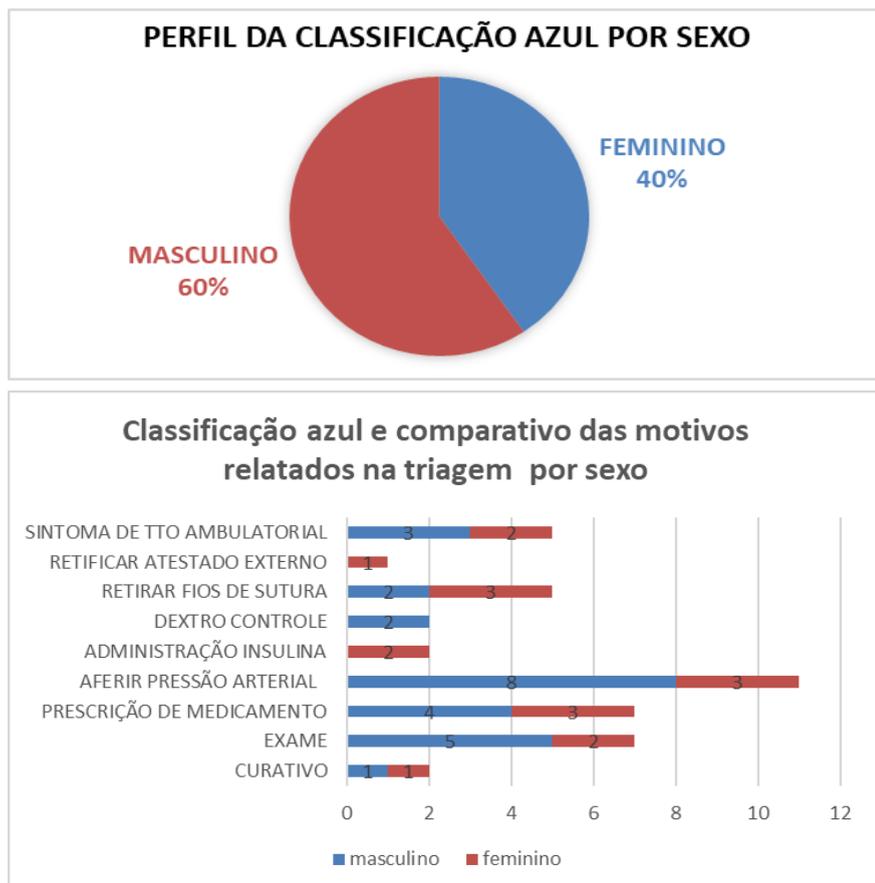


Conforme o gráfico abaixo, o perfil da faixa etária da classificação azul predominante é de 31 aos 65 anos, totalizando 18 pacientes.



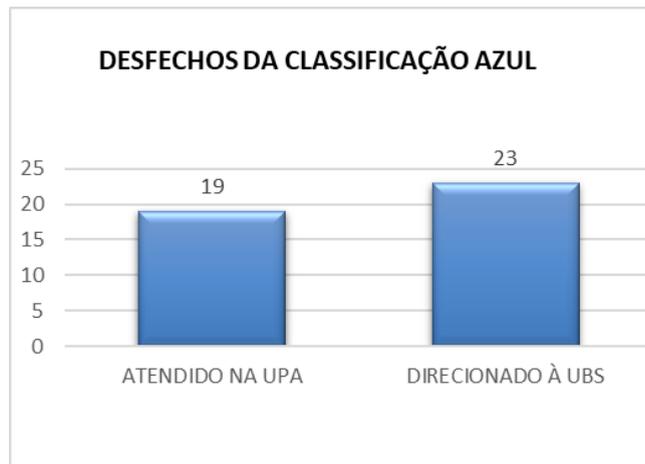
Análise crítica: O gráfico abaixo representa o percentual de classificação azul por sexo totalizando 42 atendimentos, sendo 25 pacientes do sexo masculino e 17 pacientes do sexo feminino. O gráfico que representa o comparativo dos

motivos relatados entre sexos, sendo o sexo masculino com predominância com os seguintes motivos: sintoma de tratamento ambulatorial (3 homens e 1 mulher), controle de dextro (2 homens), aferição de pressão arterial (8 homens e 3 mulheres), prescrição de medicamentos de uso controlado (4 homens e 3 mulheres), Exames (5 homens e 2 mulheres). Neste contexto observou-se os usuários masculinos, através da escuta social um desconhecimento do fluxo da rede e descontinuidade do tratamento de saúde. Ao direcionarmos à atenção primária usamos a educação em saúde como instrumento de aprendizagem e construção do conhecimento influenciando as boas práticas de saúde e estimulando a mudança de hábitos.



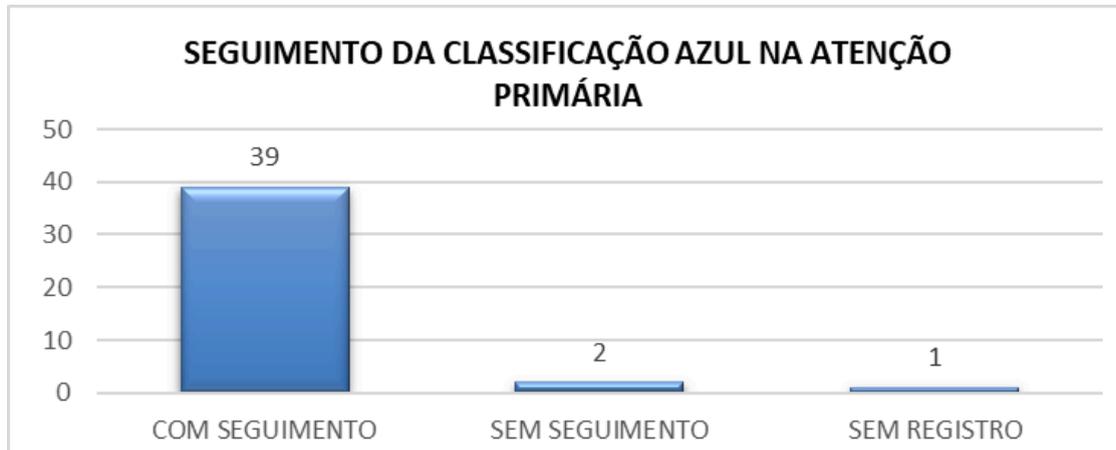
Desfecho dos casos atendidos: após as orientações realizadas pela Enfermagem e Serviço Social, 19 pacientes optaram em permanecer em

atendimento médico, 23 pacientes alegaram que iriam se direcionar à unidade básica de saúde de referência.



O gráfico abaixo representa o quantitativo realizado através da análise do serviço social

No sistema SAMS, identificando se o paciente está com seguimento e acompanhamento na unidade básica de saúde, observa-se que a maioria dos pacientes classificados em azul estão com seguimento em UBS. O critério de confirmação de seguimento na UBS foi semestral, identificando a última consulta na rede registrada nos últimos seis meses. Paciente sem seguimento não possui atendimento dentre os 06 meses na atenção primária. Paciente sem registro, não possui CRA (número de registro da UBS na cidade de São José dos Campos-SP). O paciente, 48627 L.F.C.G procurou a unidade para aferir pressão arterial, foi orientado sobre o protocolo e direcionado para a UBS. Após análise, identificamos que paciente teve agendamento de exame pela UBS no mês de outubro/24.



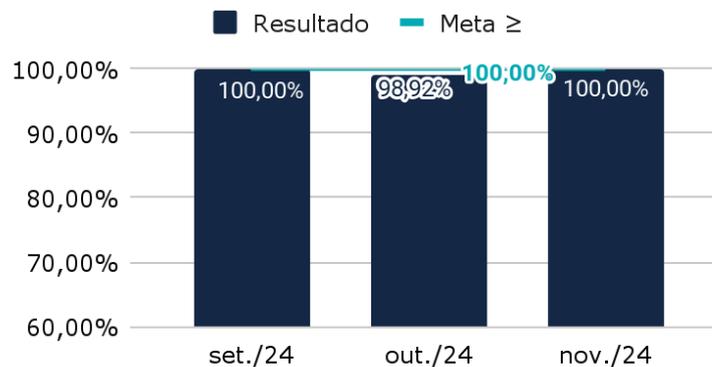
Direcionamentos e orientações: No setor da triagem, o paciente classificado de azul é acolhido pela enfermagem onde recebe orientação referente ao seguimento em UBS. O paciente classificado de azul é direcionado aos Assistentes Sociais na presença do plantão do serviço social (segunda à sexta - feira das 08h00 às 20h15). Através do sistema Saludem e SAMS é possível captar os pacientes direcionados pela enfermagem para tomada de decisões, como por exemplo direcioná-los à UBS via e-mail e realização de ligação telefônica, se necessário.



Atendimentos realizados pela enfermagem 45% e atendimentos realizados pelo serviço social 55%.

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

Serviços de atendimento pré-hospitalar

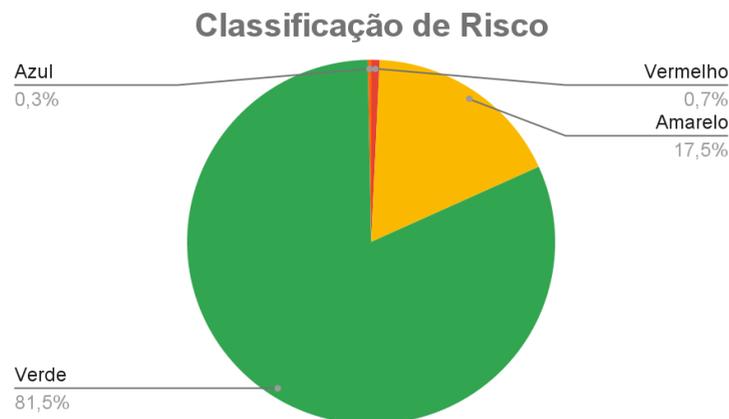


Análise crítica: No mês de novembro, foram atendidos 100 pacientes nesta unidade provenientes dos serviços APH móvel, representando um discreto aumento de casos em relação ao mês anterior. Dos 100 pacientes, 44 receberam a classificação na cor amarela, o que equivale a **44% do total**. Isso revela que uma parte significativa dos atendimentos foi destinada a pacientes com condições de urgência moderada, requerendo intervenção médica significativa, porém não imediata.

Além disso, 14 pacientes foram classificados na cor vermelha, correspondendo a aproximadamente **14% do total**. Esse percentual de pacientes em estado crítico ressalta a gravidade das situações atendidas, exigindo cuidados médicos imediatos e intensivos.

Esses dados indicam que, embora a demanda tenha apresentado um discreto aumento, o perfil dos pacientes atendidos continuou a incluir uma alta proporção de casos de urgência e emergência.

5.1.11 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco



- **Vermelho (emergência): 136 pacientes (0,86% do total).**
- **Amarelo (urgente): 2.862 pacientes (18,11% do total).**
- **Verde (pouco urgente): 12.766 pacientes (80,74% do total).**
- **Azul (não urgente): 46 pacientes (0,29% do total)**

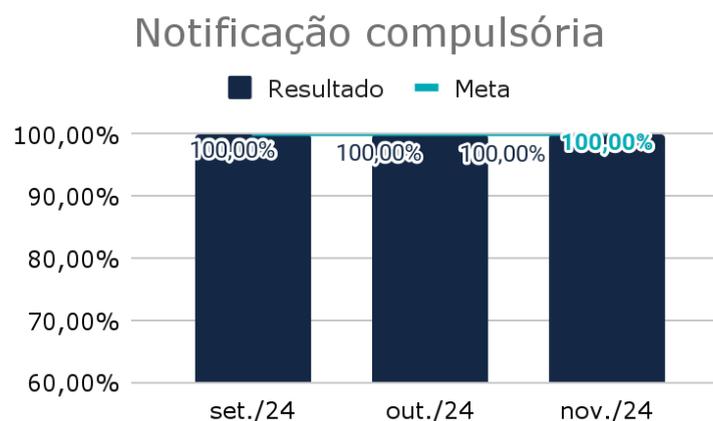
Análise Crítica: Em novembro, a triagem classificou um total de 15.810 pacientes, distribuídos conforme os níveis de prioridade abaixo:

- **Vermelho (emergência): 136 pacientes (0,86%)** – A classificação vermelha, que representa os casos de maior gravidade, apresentou um leve acréscimo em relação ao mês anterior.
- **Amarelo (urgência moderada): 2.862 pacientes (18,11%)** – Pacientes classificados como amarelo corresponderam a 18,11% dos

atendimentos, um aumento em relação aos 17,5% registrados no mês anterior, indicando um discreto crescimento na demanda por casos de urgência moderada.

- **Verde (baixa complexidade): 12.766 pacientes (80,74%)** – A maioria dos atendimentos permaneceu na categoria verde, que representa os casos de baixa complexidade, totalizando 80,74%. Este valor representa um pequeno acréscimo em relação ao mês anterior, quando foi registrado 79,46%. Esses dados reforçam a predominância de atendimentos de menor complexidade na unidade.
- **Azul (não urgente): 46 pacientes (0,29%)** – A quantidade de pacientes classificados como azul manteve-se estável em relação ao mês anterior. Esses atendimentos foram devidamente acolhidos e encaminhados conforme detalhado no item 5.1.9, que trata do percentual de pacientes desta classificação direcionados para as UBS.

5.1.12 Proporção de notificação de agravos de notificação compulsória



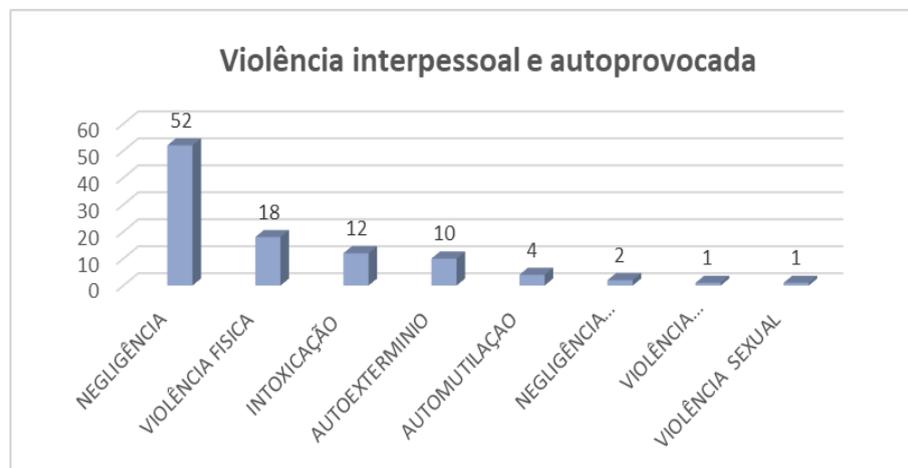
DENGUE	319
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA	94
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO	34
ACIDENTE DE TRABALHO	30
SÍFILIS	12
EXÓGENA	6
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	1
FEBRE MACULOSA	1
MENINGITE	1
MONKEYPOX	1
TUBERCULOSE	1
TOTAL	494

Com relação às notificações compulsórias realizadas, no período tivemos 500 notificações realizadas sendo:

- **Dengue** é a doença mais prevalente, com uma porcentagem muito alta (63,8%), o que reflete surtos sazonais ou alta incidência de infecção por dengue na região;
- **Violência interpessoal e autoprovocada** também é um fator significativo, representando mais de 18,8% dos atendimentos, o que sugere uma preocupação com a saúde mental e a segurança pública, sabendo que em períodos de não sazonalidade da dengue esse é o perfil de notificação predominante na unidade o que corrobora com o perfil de localização;
- Outras condições, como **acidente de trabalho, atendimento antirrábico** e doenças infecciosas como **sífilis, febre maculosa e monkeypox**, têm uma incidência muito menor, mas ainda assim são importantes de serem monitoradas para prevenção e controle.

Esse perfil de dados pode ser útil para direcionar recursos e estratégias de saúde pública, como campanhas de prevenção, medidas de segurança no trabalho e ações de combate à violência e doenças infecciosas.

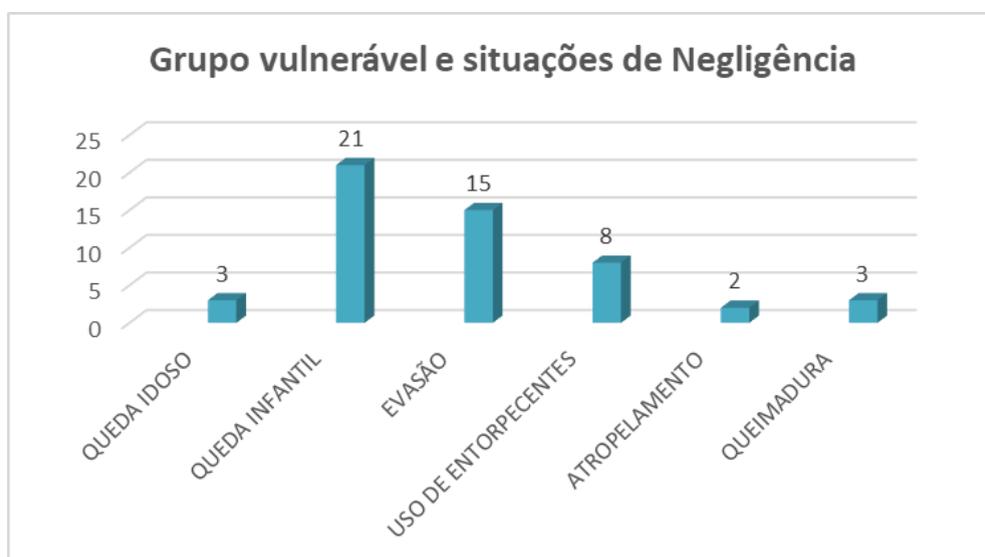
Com relação às notificações de violência vamos discorrer logo abaixo



Análise crítica: No mês de novembro/2024, a unidade realizou 100 notificações de violência. Ressaltamos que neste mês, conforme orientações da Vigilância Epidemiológica da cidade de São José dos Campos-SP, em reunião, ficou decidido que as fichas de notificações de evasões e quedas não serão preenchidas, porém, serão encaminhadas para UBS. Enviaremos as fichas à VE somente os casos com evidências sugestivas de negligência. Sendo assim, houve uma redução dessas notificações e aumento de e-mails enviados à UBS para acompanhamento e suporte dos casos. Como ação intensificamos os direcionamentos desses casos para a atenção primária.

Observa-se no gráfico o número elevado de negligência, pois trata-se de evasão e queda de pacientes que fazem parte do grupo vulnerável: crianças,

adolescentes, mulheres e idosos. As negligências envolvem também os adolescentes em uso de entorpecentes que apresentaram transtorno de comportamento; suspeitas de atropelamento devido à gravidade dos ferimentos e as queimaduras em crianças que poderiam ser evitadas. As evasões referem-se aos atendimentos não finalizados: durante processo de transferência; observação; reavaliação de exames e administração de medicação. Enviamos o SINAN à VE e aos Conselhos de direito (imediatamente) quando necessário, nos casos analisados com urgência de suporte. Atuamos com orientação e mediação de seguimento, através de contato telefônico, esclarecendo sobre a importância da conclusão de atendimento, sugerimos o retorno à unidade para a continuidade e conclusão do tratamento. Avaliamos as quedas de crianças e idosos, avaliando a gravidade de cada caso para seguimento em UBS, Conselho tutelar e VE.



Queda de pessoa idosa

No mês de novembro foram realizadas 3 notificações de queda de pessoa idosa, apresentando negligência devido a gravidade do caso. O Serviço Social e equipe

multidisciplinar tem por objetivo preencher as notificações dos casos pertinentes. Por exemplo, atendemos a **paciente 248944 C.C.S- 71 anos**, acamada com várias patologias, chegou na unidade trazida pelo SAMU após queda da cama. Foi realizado acolhimento do serviço social da unidade, após análise identificamos que a idosa vem com frequência à UPA, apresentou relações familiares fragilizadas no suporte aos seus cuidados à saúde. Para esse caso foi enviada a notificação de violência interpessoal e autoprovocada para a Vigilância Epidemiológica e para o CREAS SUL solicitando assistência socioassistencial.

Queda infantil

Com relação à queda infantil tivemos 21 notificações de negligência. O Serviço Social e a enfermagem tem por objetivo preencher as notificações, sendo compulsórias. O SINAN é fundamental para a continuidade do cuidado, visando o suporte à rede socioassistencial e conselhos de direitos.

Exemplos notificados: Paciente 1002263 K.J.M- 11 anos, referiu queda de Cavalo há 5 dias, apresentando dores de cabeça e náuseas. Verificamos a negligência devido a demora para levar a criança ao atendimento médico.

Paciente: 1003436 A.L.D.S- 10 anos, referiu crise de ansiedade, orientada a permanecer em observação para avaliação, porém, evadiu-se na companhia da mãe.

Paciente: 240186 A. C. S- 8 anos, vítima com suspeita de atropelamento, chegou à unidade em companhia de pessoas desconhecidas que passavam pelo local do acidente, estas, disseram que a cuidadora da criança recusou acompanhá-la. Acionamos o pai na unidade e comunicamos o conselho tutelar sobre o caso.

Paciente: 1001849 M. A. S. S- 1 ano, chegou à unidade após queimadura de primeiro grau por água quente, onde foi atendida na unidade e notificado.

Negligência gestacional

Visando a humanização e o seguimento no cuidado à saúde, a unidade realiza a captação de pacientes gestantes que não concluíram o atendimento; evasões de transferência para Obstetrícia; situação de descontinuidade do pré-natal; uso de drogas lícitas e ilícitas e frequência de atendimentos na UPA apresentando sintomas recorrentes, sem seguimento ambulatorial. Contudo realizamos a notificação pensando nos cuidados à saúde da mãe e filho, uma vez que algumas dessas gestantes estão com quadro avançado na gestação.

Exemplo notificado:

Paciente: 201280 G.S.C- 25 anos, deu entrada na unidade referindo fraqueza, tontura, evadiu-se sem seguir conduta médica. Realizada busca no sistema, gestante com frequência de atendimento na unidade, e não adere orientações e tratamentos, notificada a **UBS Campo dos Alemães** de referência, sobre situação para acompanhamento da gestante.

Intoxicação Exógena

No mês tivemos 12 notificações de intoxicação exógena, a maioria dos atendimentos são relacionados a transtornos de comportamento como: ideações suicidas e tentativa de autoextermínio. Realizamos o acolhimento e a escuta com o paciente e seu familiar, buscando esclarecer e orientar sobre os atendimentos disponíveis na saúde mental do município. Quando necessário, devido a faixa etária acionamos o conselho tutelar através do contato telefônico repassando o caso.

Exemplo notificado: Paciente: 110429 P.S.S- 37 anos, trazida pelo SAMU com relato de ingestão de cloro e medicações em excesso, referiu em atendimento que não quer mais viver.

Tentativa de Autoextermínio

São pacientes com características e intencionalidade suicida, pessoas com transtornos de comportamento e contextos sociais e familiares fragilizados, entre outros. Realizamos o acolhimento e a escuta com o paciente e seu familiar, buscando esclarecer e orientar sobre os atendimentos disponíveis na saúde mental do município. No mês de novembro.

Tivemos 10 casos notificados pelo serviço social e equipe multidisciplinar, direcionados às redes de referências de assistência social, saúde mental e conselhos de direitos. **Exemplo notificado: Paciente 235279 C.V.S- 18 anos**, relatou que está em tratamento para crise de ansiedade e que após a briga com o marido, ingeriu várias medicações.

Automutilação

É o ferimento intencional do próprio corpo por meio de cortes, queimaduras, mordidas e arranhões. Geralmente é feito na pele dos braços, pernas e abdômen, com o objetivo de tentar amenizar um sofrimento emocional, podendo ser com intenção de suicídio ou não. No mês de novembro tivemos 4 casos de automutilação, realizamos o acolhimento e a escuta com o paciente e seu familiar, buscando esclarecer e orientar sobre os atendimentos disponíveis na saúde mental do município. **Exemplo notificado:**

Paciente 190071 M. B.L- 16 anos, com entrada na unidade após episódio de automutilação com objeto cortante em braços, refere que está em tratamento psiquiátrico.

Violência Psicológica/ Moral

No mês de novembro tivemos 1 caso, onde foi realizado acolhimento e escuta social.

Exemplo notificado: Paciente 231784- M. I.T.G - 67 anos, com atendimentos frequentes na unidade, alega que seu neto discutiu e a referiu com xingamentos e palavras de baixo calão. Apresentou -se chorosa, nervosa e com hipertensão. Conforme protocolo institucional foi acionada a GCM para atendimento e seguimento de proteção, porém a idosa após ser medicada evadiu-se da unidade, notificado também para UBS de referência acompanhar paciente.

Violência Sexual

Qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. No mês de novembro tivemos 1 caso, onde foi realizado acolhimento e escuta social com a paciente e seu familiar. Acionamos a Polícia Militar que realizou o boletim de ocorrência na unidade e comunicamos o Conselho Tutelar Sul. **Exemplo notificado: Paciente 212548 F.C J. E 15 Anos**, chegou à unidade acompanhada pela mãe, referiu que passou a noite em via pública, fez uso de bebida alcoólica e drogas, perdeu a consciência e acordou em uma casa desconhecida, acredita que foi violentada devido às dores na região íntima. Adolescente foi transferida para o Hospital Municipal para seguimento de protocolo em caso de violência sexual.

Violência Física

Foram realizadas 18 notificações no mês de novembro de violência física. Observa-se que o quantitativo é reflexo do território marcado pela vulnerabilidade social. A violência física foi predominante na classe feminina com a idade entre 19 e 30 anos. Os agressores relatados pelas vítimas evidenciados como namorados; ex-namorados; maridos; vizinhos; ex-maridos; pessoa em situação de rua; familiares e companheiros.

Exemplo notificado: 135251 M.B.N - 6 anos, mãe alega que houve discussão e agressão em família e a criança foi agredida pela prima.

Paciente 268636 N.S.S- 69 anos, relata em atendimento agressão por parte de pessoa em situação de rua, causando queda e lesão em face, formigamento, tremores e agitação. Prestado acolhimento e orientações, em seguida acionado apoio social para abordagem.

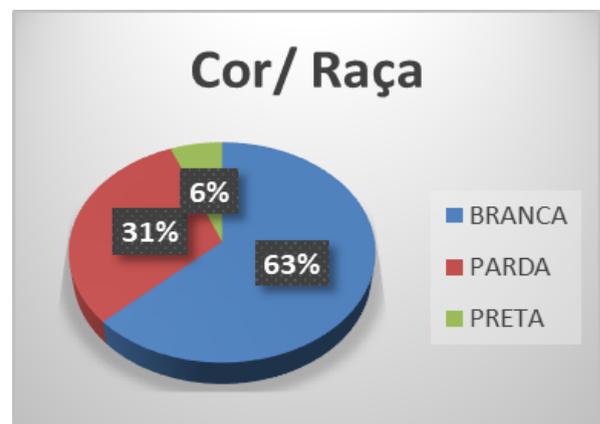
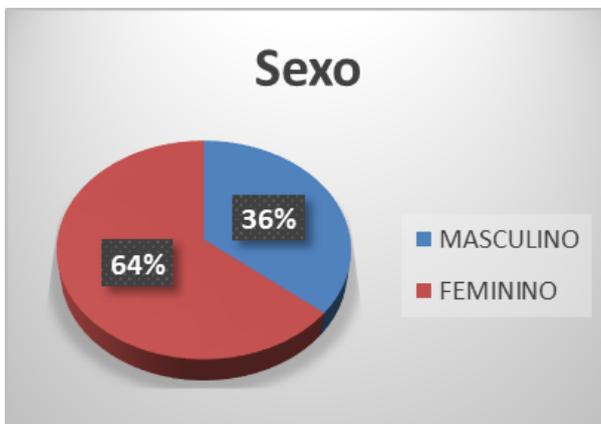
Paciente, 1325580 J. V. M.U.R- 32 anos, refere ter levado uma facada há dois dias, não procurou atendimento no dia do ocorrido, realizou curativo na unidade e evadiu -se.



Percentual e perfil dos pacientes notificados

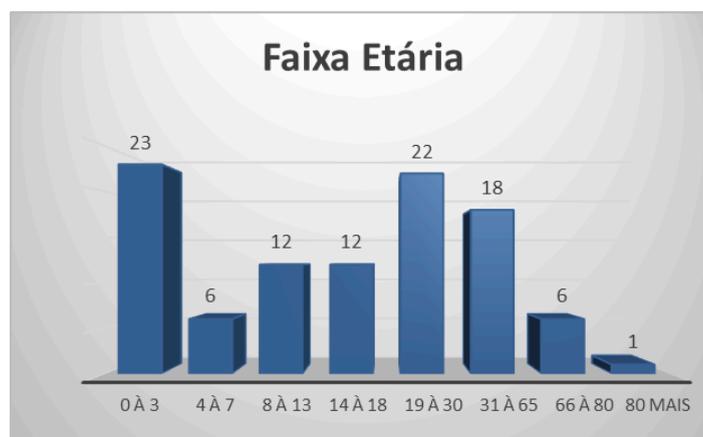
Sexo/Cor e Raça

Referente as notificações realizadas no mês de novembro, o perfil predominante é o sexo feminino, sendo 64 notificações e 36 notificações do sexo masculino. A Cor e a raça predominante é Branca com 63% (63 pacientes), parda 31% (31 pacientes) e 6% preta (6 pacientes).



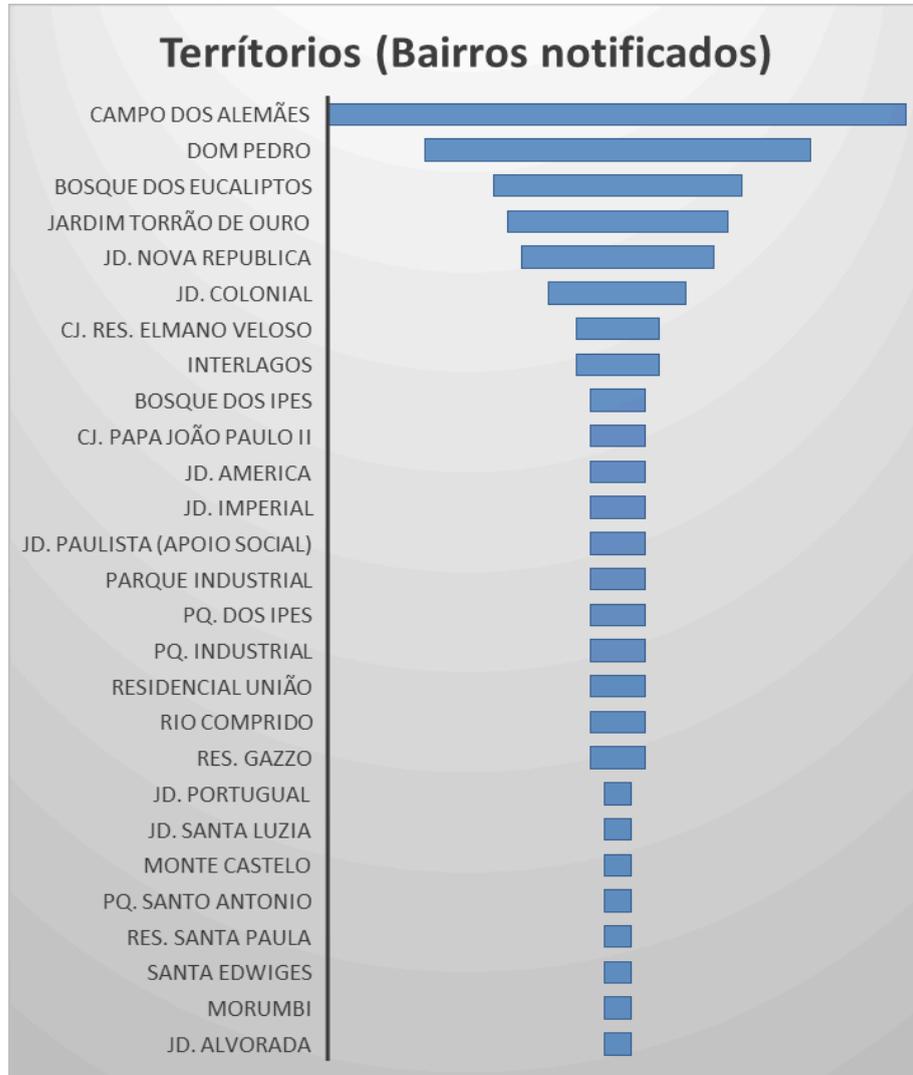
Faixa Etária

A unidade em conjunto com a equipe multidisciplinar realiza as notificações compulsórias do grupo de vulneráveis. O gráfico abaixo representa a faixa etária dos pacientes notificados que compreendem as idades: 0 à 3 anos (23 Pacientes), 4 à 7 anos (6 Pacientes), 8 à 13 anos (12 pacientes), 14 à 18 anos (12 pacientes), 19 à 30 anos (22 pacientes), 31 à 65 anos (18 pacientes), 66 à 80 anos (6 pacientes) e 80 mais (1 paciente).

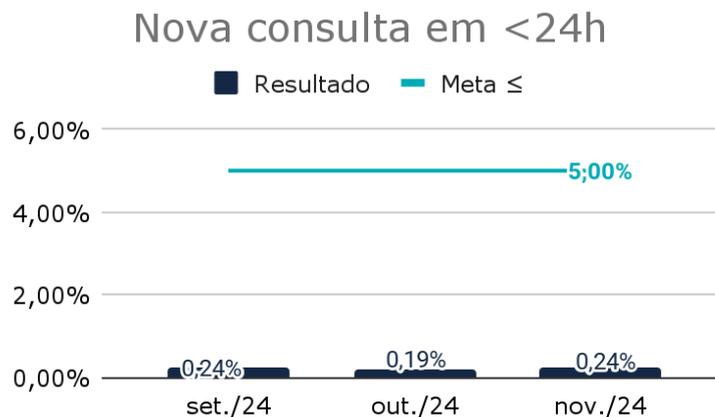


Território – bairros notificados

O atendimento de porta aberta ofertado a todos os munícipes que procuram por atendimento de urgência e emergência sendo assim, com abrangência em vários territórios, segue abaixo a estratificação referente as 100 notificações de violência. Observa-se a predominância das notificações de violência interpessoal e autoprovocada no bairro Campo dos Alemães (21 pacientes), bairro de localização da unidade. A unidade recebe também munícipes de outras cidades, e neste mês notificou 03 pacientes que residem nos bairros: Santa Luzia (01 paciente) e Rio Comprido (02 pacientes) da cidade de Jacareí-SP.



5.1.13 Nova consulta em <24h



Análise crítica: No mês de novembro, o percentual de atendimentos para novas consultas médicas realizadas em menos de 24 horas foi de 0,24%, representando um pequeno acréscimo em relação ao mês anterior. Apesar de modesto, o resultado se mantém dentro da média preconizada e reflete a efetividade das melhorias implementadas recentemente, como a troca do sistema de informações.

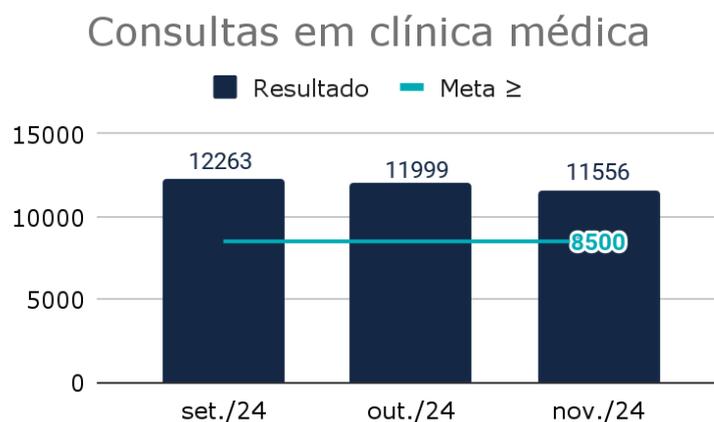
Essa atualização no sistema teve um impacto significativo no desempenho do serviço, especialmente ao facilitar o acesso imediato ao histórico dos pacientes. Esse recurso possibilita que os profissionais médicos verifiquem, em tempo real, informações relevantes para o diagnóstico clínico, aumentando a precisão das decisões médicas. Além disso, contribui diretamente para a melhoria da qualidade geral do atendimento, reduzindo atrasos e otimizando o fluxo de pacientes.

Esse avanço reforça o compromisso com a eficiência e a excelência no atendimento, indicando que a integração de tecnologias mais modernas é uma estratégia essencial para atender às demandas do serviço com maior agilidade e qualidade.

Considerando o apontamento de melhoria da CAAF no relatório quadrimestral além da unidade estar diminuindo os casos de retornos menores que 24 horas estamos realizando reuniões semanais dos casos clínicos e abordando esses desfechos.

6.1 Indicadores - Produção

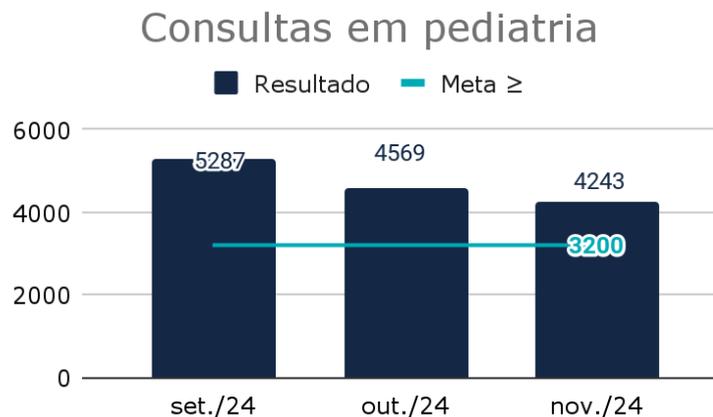
6.1.1 Consultas em clínica médica



Análise crítica: No mês de novembro, realizamos um total de **11.556** atendimentos, uma discreta redução em relação ao mês anterior, mas ainda assim superando significativamente a meta estabelecida no plano de trabalho, que era de **8.500** atendimentos. Esse desempenho representa um aumento de **36%** acima do preconizado, um marco que evidencia a excelente preparação e o compromisso da equipe clínica em atender a um volume elevado de pacientes.

Observamos que os dias de maior movimento de atendimento na ala clínica em novembro foram **04/11, 11/11, 18/11 e 25/11**, evidenciando um padrão de alta demanda em dias específicos. O CID de maior prevalência nos atendimentos de porta nos dias foi o **A09**.

6.1.2 Consultas em pediatria

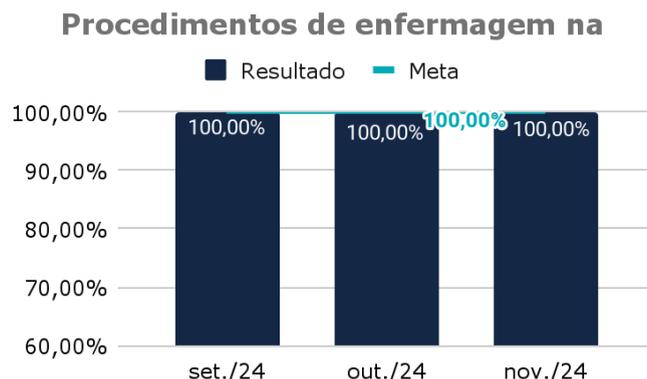


Análise crítica: Em novembro, o setor de pediatria realizou **4.243** atendimentos, superando de forma significativa a meta estabelecida de **3.200** atendimentos, o que representa um aumento de aproximadamente **32%** acima do esperado. Esse resultado expressivo destaca a capacidade do setor em lidar com uma demanda muito maior do que a prevista, evidenciando que a equipe está altamente preparada para responder a desafios operacionais e a picos de procura.

A superação da meta em mais de **1.000** atendimentos reforça não apenas a eficiência operacional do setor, mas também a agilidade da equipe em atender um volume elevado de pacientes sem comprometer a qualidade dos serviços prestados. Esse desempenho reflete a competência técnica, o bom planejamento e o compromisso da equipe com o bem-estar dos pacientes, consolidando o setor de pediatria como um exemplo de excelência no atendimento.

Observamos os dias de maiores picos de atendimentos no setor de pediatria foi **05/11, 11/11 e 25/11.**

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



Análise crítica: No mês de novembro, um total de **15.603** pacientes foram encaminhados para a sala de medicação, todos atendidos em menos de uma hora. Em comparação com o mês de outubro, o número de atendimentos foi de **9.574** pacientes, representando um aumento de aproximadamente **62,9%** em relação ao mês anterior.

A eficiência do atendimento manteve-se consistente em ambos os meses, com 100% dos pacientes sendo atendidos dentro do tempo estipulado, o que reflete o compromisso da equipe em garantir a qualidade e agilidade do serviço, mesmo diante de um aumento significativo na demanda.

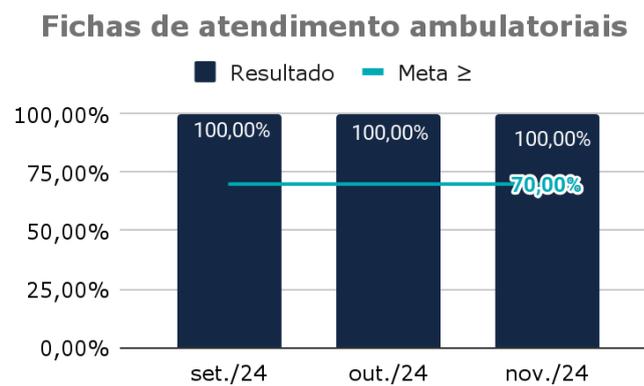
Durante o mês em análise, foram realizados diversos procedimentos, com destaque para os seguintes tipos de administração e suas respectivas proporções: **endovenoso (50,2%)**, com **24.444 procedimentos**; **intramuscular (25,3%)**, totalizando **12.334 procedimentos**; **via oral (19,7%)**, com **9.569 procedimentos**; **subcutânea (3,1%)**, somando **1.500 procedimentos**; e **inalatória (1,5%)**, correspondendo a **722 procedimentos**.

É importante considerar, no entanto, que a ampliação do quadro de profissionais técnicos poderia contribuir para uma capacidade de resposta ainda maior. Em um

cenário de aumento contínuo de demanda, essa expansão ajudaria a manter a qualidade e a agilidade dos atendimentos, minimizando possíveis impactos nos tempos de espera e garantindo que a equipe tenha suporte adequado para lidar com alto fluxo.

7.1 Indicadores de Gestão

7.1.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período



Análise crítica: Em novembro, atingimos um percentual de conformidade de faturamento de 100%, com um total de **16.327** fichas faturadas, superando expressivamente a meta de 70%. Esse resultado demonstra a alta eficácia e precisão da equipe de faturamento, evidenciando que os processos internos estão sendo conduzidos de maneira extremamente eficiente.

Ressaltamos que a nova plataforma tem sido fundamental para otimizar o processo de faturamento. Com a possibilidade de exportações diárias do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), a plataforma automatiza e agiliza o registro dos procedimentos realizados. Essa automação impactou diretamente a eficiência da equipe, reduzindo a possibilidade de falhas manuais e assegurando a conformidade de 100%.

7.1.2 Proporção de atendimento prioritário a pessoas vulneráveis

Atendimento a pessoas vulneráveis



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

- Atendimento Diferenciado às Pessoas Vulneráveis (AVD)
- Sinalização Indicativa de Atendimento Preferencial (SAI)

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

Análise Crítica:

O cumprimento completo desses critérios demonstra um forte compromisso da unidade com a inclusão e o atendimento humanizado, refletindo uma abordagem centrada no paciente e a preocupação com as necessidades específicas de pessoas vulneráveis. Cada um desses aspectos contribui de forma significativa para a criação de uma experiência positiva para os usuários e para a eficiência global dos serviços prestados.

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

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

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

Capacitação de Pessoal para Atendimento às Pessoas Vulneráveis (CAP): A formação contínua da equipe para lidar com as necessidades específicas das

pessoas vulneráveis melhora a qualidade do atendimento e aumenta a eficácia da equipe ao tratar com empatia e competência.

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

7.1.3 Percentual de comissões atuantes e regulares



Comissão de Ética Médica: A Comissão de ética médica realiza mensalmente suas atividades por demanda e de forma ativa avaliando os casos individuais de

reclamações referente a equipe médica no portal do Cejam cloud através da ferramenta MedcSys.

No mês de Novembro (ATA – 19/11/2024) tivemos uma demanda para equipe médica referente ao desligamento de um profissional devido a questões éticas e profissionais em suas condutas na unidade. Após análise e discussão dos casos ocorridos com o médico, a comissão de ética médica (CEM) optou pela notificação ao CEJAM via expediente (nº 203866) a solicitação de afastamento do profissional. Após verificação e em resposta a solicitação da CEM, o referido médico deixou de compor o corpo clínico da empresa junto a UPA de Pronto atendimento Campo dos Alemães e foi substituído.

Comissão de Verificação de Óbitos: No mês de NOVEMBRO ocorreram 13 óbitos, sendo 7 menores que 24 horas e 6 com mais de 24 horas. A análise dos dados evidencia que o perfil predominante dos óbitos está associado ao sexo feminino (9 casos) e à faixa etária média de 74 anos.

Na verificação dos casos observamos de forma individual que as causas óbitos ocorreram por quadro de choque séptico (5 casos), parada cardiorespiratória (3 casos), choque cardiogênico (2 casos), AVC (1 caso), sepse (1 caso) e insuficiência respiratória (1 caso).

As principais ações para os casos avaliados, estão em orientar a equipe quanto ao preenchimento e diagnóstico das D.O. e intensificar o plano de aceite para as transferências.

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

Comissão da CIPA: Em finalização do período eleitoral.

Comissão CCIH: A equipe da vigilância epidemiológica municipal pontuou algumas notificações compulsórias, devido cadastro incompleto de endereço e telefone dos pacientes, dados estes de extrema importância epidemiológica. Foi reforçado com a equipe a etapa de conferência do endereço e telefone do paciente, durante a abordagem do mesmo. Também foi compartilhado com o setor administrativo a questão de haver muitos cadastrados incompletos, sendo relatado que a equipe administrativa está empreendendo esforços para atualização dos cadastros;

- Após observado dúvidas relacionadas à identificação e cadastro das amostras foi realizado, nas datas de 30 e 31/10/2024, capacitação referente ao atendimento de casos suspeitos de Monkeypox, com as equipes dos quatro plantões;
- Nas datas de 12 e 13/11/2024 foi realizado capacitação relacionado à isolamento de contato, uma vez que é o tipo de isolamento menos aplicado na unidade, gerando dúvidas nas equipes e uso de EPIs desnecessários;
- Foi realizada alteração no fluxo de atendimento de coleta de swab para COVID-19, sendo a principal alteração, a desativação de uma única sala para este procedimento. O procedimento permanece sendo utilizado nas salas de isolamento, porém nas salas de isolamento da emergência e observação. Esta medida foi realizada devido à necessidade de readequar o fluxo de dengue na unidade, mediante início do período sazonal. As equipes foram capacitadas quanto às mudanças nas datas de 14 e 15/11/2024.
- No dia 14/11/2024, após visita técnica do SCIRAS no setor da cozinha, foi observado algumas pontuações de extrema necessidade de adequação, no que tange aos cuidados sanitários. Foi formalizado as pontuações em Medcsys e comunicado à coordenação. Solicitada reunião para liderança da equipe para tratar e adequar as pontuações.

- Devido à necessidade de priorização das demandas da vigilância epidemiológica e sanitária, as ações da comissão anterior foram propostas para o mês de dezembro.

Comissão de farmácia terapêutica: Na comissão da CFT (Comissão de Farmácia e Terapêutica) do mês de novembro, foi discutida a reformulação dos kits de atendimento para protocolos de dor torácica, visando otimizar o atendimento desses pacientes. A principal alteração foi a inclusão de medicamentos conforme o protocolo do Hospital do Coração (HCor). Os medicamentos inseridos no kit são:

1. Sinvastatina 40mg
2. Captopril 25mg
3. Propranolol 40mg
4. Enoxaparina

Esses medicamentos foram incluídos para garantir um tratamento adequado e mais ágil no atendimento aos pacientes com dor torácica. A farmacologia foi organizada de modo a garantir que esses medicamentos estejam disponíveis nas farmácias, com a intenção de oferecer maior agilidade no atendimento a esses casos específicos.

A reformulação visa melhorar o processo de atendimento de urgência, tornando os protocolos mais eficientes e facilitando o acesso aos medicamentos necessários, contribuindo para um melhor prognóstico e um atendimento mais rápido e seguro.

Foi retomada a discussão sobre as barreiras e os cuidados necessários para o manejo de pacientes em uso de antibióticos endovenosos em pronto atendimento, especialmente os chamados "pacientes sem internação". Esses pacientes são aqueles que recebem cuidados médicos no pronto atendimento, mas não necessitam de internação hospitalar.

Núcleo de Segurança do Paciente: No mês de novembro, registramos 44 notificações de eventos no sistema de segurança do paciente MEDCSYS, todas classificadas como circunstâncias de risco. Com o objetivo de aprimorar os processos e garantir maior segurança, implementamos o uso de crachás de identificação para pacientes incluídos em protocolos gerenciáveis, reforçando nosso compromisso com a melhoria contínua.

Comissão de Revisão de Prontuários: Em novembro a comissão avaliou 34 prontuários via FORMS, de pacientes que ficaram nos setores de observação e emergência.

Dentre os prontuários avaliados tivemos 33 prontuários com registro de exame físico e 1 sem registro do exame físico, todos os prontuários apresentavam conformidade de CID com o registro de atendimento, 28 paciente tinham registro e 5 pacientes não apresentavam registro de conduta, apenas 1 paciente com procedimento realizado (SNE), 32 pacientes com prescrição e 1 paciente sem prescrição, todos os pacientes foram solicitados exames, tiveram 4 pacientes com protocolo gerenciado aberto (2 SCA / 1 sepse / AVC), 22 pacientes tiveram seguimento de alta médica e 11 de transferência ou remoção e todos os prontuários foram assinados.

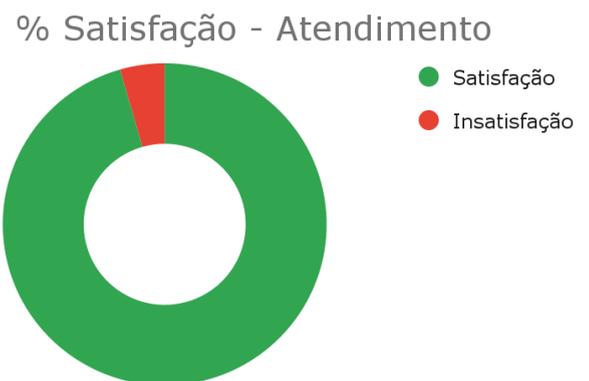
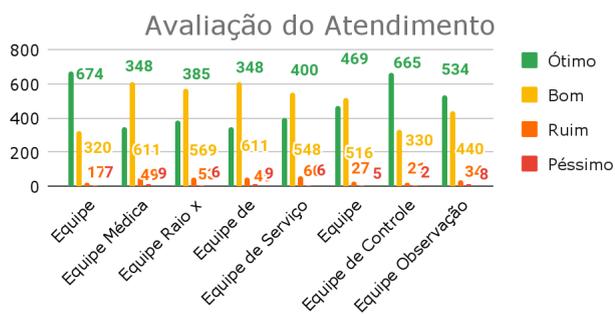
Dentro os pontos analisados e vistos como oportunidade de melhoria podemos evidenciar e reforçar sobre a anamnese com registro de exame físico (1 prontuário) e reforçar sobre o registro de conformidade de CID X registro de atendimento (1 prontuário).

Como ação será programada as devidas orientações para equipe médica com as pontuações encontradas.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

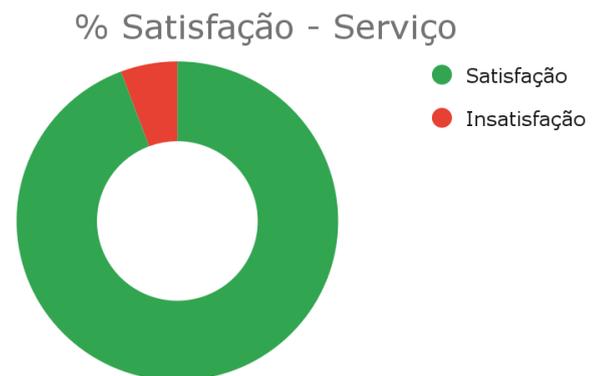
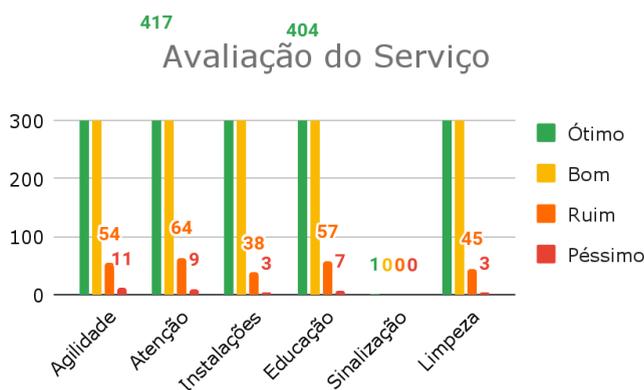
6.1.1 Avaliação do Atendimento



Análise crítica: Em novembro, a unidade alcançou uma taxa de satisfação de 95,55%, evidenciando um alto índice de aprovação por parte dos clientes com **1.018** pesquisas respondidas . O índice de insatisfação, por sua vez, foi de apenas 4,45%, o que reafirma a qualidade dos serviços prestados pela instituição.

A elevada taxa de aprovação reflete a satisfação da maioria dos clientes com o atendimento recebido, marcando um aumento em relação ao mês anterior. Destaca-se outro lado, o índice de insatisfação, embora baixo, está relacionado principalmente ao tempo de espera durante os dias de maior demanda, como segundas, terças e sextas-feiras, quando há um fluxo elevado de pacientes.

Destaca-se o papel da equipe de concierge, que mantém metas diárias para a coleta de respostas nas pesquisas de satisfação, contribuindo de forma significativa para identificar oportunidades de melhoria. Além disso, as iniciativas de tratativas das manifestações dos clientes, bem como as pesquisas realizadas à beira do leito e após a jornada dos pacientes em observação, têm sido fundamentais para manter a excelência no atendimento e endereçar eventuais pontos de insatisfação.



Análise crítica: Na avaliação dos serviços, a instituição alcançou uma taxa de aprovação de 94,28%, representando um aumento em comparação ao mês anterior. Já o índice de insatisfação foi de apenas 5,72%, uma redução em relação ao período anterior. Esses números refletem um elevado nível de satisfação geral com os serviços prestados.

A aprovação de 94,28% demonstra que a maioria dos clientes está satisfeita com a qualidade dos serviços, destacando o êxito da instituição em atender de forma eficiente às expectativas e necessidades dos usuários. Esse resultado representa um desempenho sólido e evidencia uma evolução significativa em relação ao mês anterior, reforçando o compromisso contínuo com o aprimoramento da experiência do cliente.

Conforme a oportunidade de melhoria identificada pela CAAF, a unidade integrará os apontamentos recebidos pela Central 156 aos sistemas internos de ouvidoria. Essa iniciativa permitirá consolidar as informações em uma única plataforma, proporcionando maior eficiência no monitoramento e análise dos resultados.

7. TREINAMENTO, CAPACITAÇÃO E MELHORIAS.



Capacitação de Protocolo de AVC



Capacitação de Protocolo de AVC



Capacitação com Equipe do CME FISPQ e em caso de acidente com produto químico, quais os cuidados.



Capacitação com Equipe do CME FISPQ e em caso de acidente com produto químico, quais os cuidados.



Integração com a nova equipe de higiene " Base Facilities"



Integração com a nova equipe de higiene " Base Facilities"



Reunião de Coordenação



Reunião de Coordenação



Reunião de Casos Clínicos



Apresentação Resultados Setorial



PDL- Inteligência Emocional





Apresentação Resultados Setorial



Capacitação Jurídico



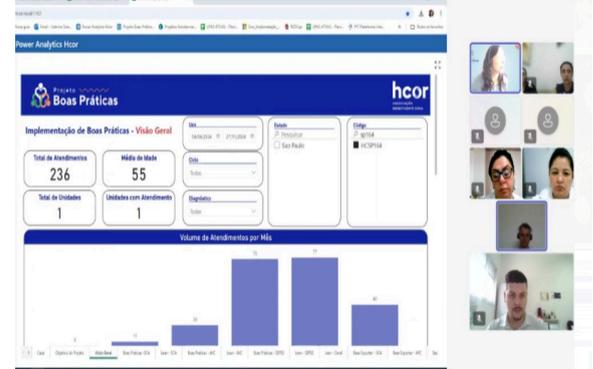
Capacitação de Humanização



Capacitação Jurídico



Plantio Dia da Árvore



Reunião com HCor para prestação de contas dos dados da unidade

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

THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA
Gerente Técnico Regional