



GESTÃO EM SAÚDE

70 anos
de assistência

UPA SOTAVE

RELATÓRIO GERENCIAL

ABRIL/2026

CONTRATO Nº001/2022


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000001

SUMÁRIO

1. Introdução	03
2. Objetivo.....	04
3. Resumo Mensal.....	05
4. Atividade Assistencial Mensal.....	07
4.1 Planilha Resumida de Atendimentos, Classificação, Óbitos e Remoções diárias.....	08
4.2 Planilha Resumida de Atendimentos Por Procedimentos Diários	10
4.3 Planilha Resumida e gráfico das Remoções de Pacientes Diário	12
4.4 Planilha de Atendimento Por Tipo De Resultado	15
4.5 Relatório de Atendimentos Por Cid	16
4.6 Gráfico de Atendimento Por Hora	16
4.7 Planilha e Gráfico de Atendimento Por Faixa Etária	17
4.8 Planilha Resumida De Óbitos Diário	18
4.9 Relatório de Atenção ao Usuário	18
4.10 Relatório de resolução das queixas (ouvidoria).....	21
5. Qualidade da Informação	21
6. Relatório de Atendimento de Referência e Contra Referência	26
7. Campo de Ensino e Pesquisa	28
8. Faturamento	28
9. Informações Complementares.....	31
10. Considerações Finais	33
11. Anexos	34

UPA SOTAVE
Inalva Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000002

1 INTRODUÇÃO

A S3 Gestão em Saúde, na condição de gestora da Unidade de Pronto Atendimento – UPA Sotave, com o contrato de Gestão nº 001/2022, iniciado desde 27 de Janeiro de 2022, vem desempenhando as melhores práticas de gestão para alcance das metas pactuadas, com foco na garantia do acesso às ações e serviços prestados para produção da saúde, com resolutividade e segurança da assistência ao paciente conforme preconizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) tem perfil de atendimento de urgência e emergência em clínica médica e pediatria, regime de observação 24h, além de atendimentos de urgência e emergência em odontologia, diariamente, de segunda à sexta das 07 às 19 horas. Conta ainda com serviços de apoio diagnóstico como laboratório, radiologia e ECG.

Assim, este documento é o quinquagésimo primeiro Relatório Gerencial do contrato de gestão Nº 001/2022 onde será possível apresentar o desempenho da equipe no período de 01 a 30 de ABRIL/2026, avaliar os fatores, sejam eles de doença ou sociais que influenciaram nesses resultados e na execução das metas contratuais quantitativas e qualitativas, bem como outros fatos relevantes ocorridos no período.

UPA SOTAVE
Inalva Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000003

2 OBJETIVO

O presente Relatório de Prestação de Contas tem como objetivo apresentar as atividades administrativas e operacionais executadas pela gestão no período de 01 a 30 de Abril de 2026, evidenciando as metas qualitativas e quantitativas definidas no âmbito do Contrato de Gestão Nº 001/2022, ratificando o compromisso da S3 Estratégias e Soluções em Saúde com a transparência e qualidade dos serviços prestados.

UPA SOTAVE
Inalva Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000004

3

RESUMO MENSAL

No presente mês, a Unidade de Pronto Atendimento realizou 4.308 atendimentos de urgência e emergência, sendo 3.622 de Clínica Geral, 491 Pediatria, 187 de odontologia e 8 do serviço Social. 4.310 foram triados pela classificação de risco, sendo 42 classificados como vermelho, 67 como laranja, 846 amarelos, 3.333 verdes, além de 22 classificados como azul e encaminhados para o atendimento social, seguindo o Protocolo de Manchester, modelo de classificação de riscos utilizado por nosso serviço. Percebe-se que o número de atendimentos classificados como verde (pouco urgente) continua predominante totalizando 77,33%, enquanto as urgências (amarelo) ocuparam um percentual de 19,63% e os casos de muito urgente (laranja) 1,55%, emergência (vermelho) 0,97% e os casos não urgentes (azul) totalizaram 0,51%, destes 1.617 permaneceram em observação na unidade, onde 1.468 tiveram alta após medicação, 143 deles foram transferidos para outra unidade de tratamento e 5 evoluíram para óbito.

Em relação aos procedimentos realizados, 2.992 foram de exames laboratoriais análise clínica 22,51% do total de procedimentos, 538 de Raio X ou 4,05%, 200 de ECG – Eletrocardiograma ou 1,50%, 356 da odontologia ou 2,68%, além da medicação no total de 9.048 doses administradas, representando 68,07% do total geral de 13.292 dos procedimentos efetuados na unidade no mês de ABRIL.

No que concerne ao funcionamento, a UPA Sotave, atende demanda espontânea, de porta aberta para as urgências e emergências por 24 horas, com classificação de risco e quatro médicos emergencistas, 2 clínicos e 2 pediatras, especificamente nesse mês de abril, tivemos a autorização para contratação do segundo pediatra, através do 8ºTA ao Contrato de gestão, iniciado em 17/04/2026, para atender a sazonalidade das doenças respiratórias, e que se distribuem para os atendimentos gerais e reavaliação nas áreas amarela e vermelha, além de atendimentos de urgência com odontólogo, diariamente de segunda a sexta das 07h às 19h.

É importante ressaltar que o ordenamento da rede de urgência é mantido por esquema e fluxo interno de Regulação, integrado à Central de Regulação Municipal, que operacionaliza a referência e contrarreferência, através da regulação efetiva.



GESTÃO EM SAÚDE

000005

O Modelo de Gestão da UPA Sotave é pautado em gestão por resultados, através de técnicas padronizadas e organizadas em regimentos, normas, rotinas e protocolos para prover condições de operacionalizar a assistência integral por equipe multiprofissional. A assistência qualificada é a base para discussão de caso, doutrinada pela diretriz da integralidade, em conexão com a realidade socioeconômica, cultural e demográfica, através dos seguintes princípios:

- Acolhimento;
- Acessibilidade;
- Qualidade;
- Resolutividade;
- Humanização.

Desta forma, a metodologia de gestão tem duas frentes estratégicas: uma voltada para a assistência à saúde dos usuários aqui denominada de Diretoria Assistencial (gestão da assistência), e a Diretoria Geral, que sistematiza a logística de funcionamento para suporte da prestação dos serviços assistenciais.

A gestão da UPA Sotave, prima pelo foco no cuidado ao paciente, concentrando os investimentos nas áreas assistenciais, inclusive na capacitação das equipes e em projetos para fixação da mão de obra especializada. Para aperfeiçoar os investimentos, a gestão administrativa não minimiza esforços para operacionalização da UPA.

No âmbito das metas qualitativas, seguimos desenvolvendo e aprimorando processos, comissões e protocolos essenciais à qualidade do serviço ofertado. A equipe gestora atua em consonância com as metas institucionais, indica ações para produção de indicadores robustos e funcionais, que reflitam na assistência o mais fidedignamente possível, para que sejam utilizados como base de avaliação e ferramenta de melhoria.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000006

4 ATIVIDADE ASSISTENCIAL

A seguir apresentamos planilhas de acompanhamento das atividades assistenciais desenvolvidas na UPA Sotave, em ABRIL/2026. Sendo as mesmas por ordem:

- 4.1 Planilha Resumida de Atendimentos, Classificação, óbitos e remoções diárias;
- 4.2 Planilha Resumida de Atendimentos por procedimentos diários;
- 4.3 Planilha Resumida e gráfico das Remoções de pacientes diário;
- 4.4 Planilha de Atendimento por tipo de resultado;
- 4.5 Relatório de Atendimentos por CID;
- 4.6 Gráfico de Atendimento por hora;
- 4.7 Planilha e Gráfico de Atendimento por faixa etária;
- 4.8 Planilha Resumos de óbitos diário;
- 4.9 Relatório de Atenção Ao Usuário;
- 4.10 Relatório de Resolução das Queixas (ouvidoria)


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000007

GESTÃO EM SAÚDE

4.1 PLANILHA RESUMIDA DE ATENDIMENTOS, CLASSIFICAÇÃO, ÓBITOS E REMOÇÕES DIÁRIAS.

A planilha mencionada tem por finalidade apontar o número total de atendimentos, classificações, óbitos e remoções diárias, onde nota-se que a média de atendimentos diários da especialidade de clínica médica atingiu 84,08% do total de atendimentos da unidade, seguido pela pediatria com 11,40%, odontologia com a média de 4,34% de atendimentos e Serviço Social com menos de 0,19% do total de atendimentos.

Considerando a classificação de risco utilizado em nossa Emergência, O Protocolo de Manchester (sistema de triagem), que é uma metodologia científica que tem por objetivo organizar a demanda de pacientes que procuram atendimento de emergência, identificando as prioridades clínicas antes da avaliação médica. Esse método permite saber a gravidade do estado de saúde dos pacientes, seu potencial de risco, o grau de sofrimento, entre outras informações e que utiliza cinco cores para identificar o grau de cada paciente, **Vermelho**, pacientes graves; **laranja**, muito urgente; **amarelo**, urgente; **verde**, pouco urgente; e **azul**, não urgente. Dentre os 4.310 atendimentos no Acolhimento com Classificação de Risco, foram classificados um total de 22 pacientes como azul, 3.333 como verdes, 846 como amarelos, 67 como laranja e 42 pacientes como vermelho.

Vale ressaltar que dos 4.310 acolhimentos e classificação realizados no mês de Abril foram efetivados 4.308 atendimentos. A diferença entre o número de classificados e atendimentos se dá por conta de evasão do paciente, que após classificados, principalmente como verde, não aceitam esperar e evadem-se sem o atendimento médico.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000009

GESTÃO EM SAÚDE

4.2 PLANILHA RESUMIDA DE ATENDIMENTOS POR PROCEDIMENTOS DIÁRIOS

A planilha mencionada tem por finalidade apontar o número total de procedimentos realizados diariamente, incluindo número de medicações prescritas. Enfatizando que o valor total de medicações é de acordo com a prescrição médica, ou seja, se foi prescrito mais de uma medicação para o mesmo paciente todas serão contabilizadas, divergindo do número de pacientes medicados, esse refere-se ao quantitativo de pacientes atendidos na unidade, independente das medicações que foram prescritas.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



55 81 3479 5611 | 3479 5372
Rua Maracanã, 31 Prazeres
Jaboatão dos Guararapes - PE | CEP: 54340-100
dlirgeral.us@s3saude.com.br | www.s3saude.org.br



ΕΠΙΣΤΗΛΟ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Resumo de Atendimentos por Especialidade

Unidade de Pronto Atendimento:

Mês/Ano: abril/2026

DIA/SEMANA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total	Méd./dia	%
PROCEDIMENTOS	Qui 269	Qui 522	Sáb 374	Sáb 410	Dom 261	Seg 630	Ter 407	Qua 398	Qui 472	Sex 389	Sab 405	Dom 345	Seg 488	Ter 559	Qua 443	Qui 584	Sex 429	Sab 483	Dom 404	Seg 442	Ter 616	Qua 455	Qui 434	Sex 463	Sab 378	Dom 397	Seg 506	Ter 461	Qua 408	Sab 388	13.922	443	100
RAÍDAS X	5	12	11	18	6	36	10	16	20	11	18	10	23	20	15	19	15	18	17	24	18	18	27	17	26	30	23	17	19	17	538	111	4,05
LABORATORIAIS	48	127	120	109	57	164	66	134	138	106	55	108	93	92	102	160	94	118	81	70	90	67	87	96	72	87	109	150	83	115	2992	100	22,51
NEBULIZAÇÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
ECG	1	14	4	4	3	11	9	6	14	7	4	6	4	7	2	17	4	4	3	7	12	9	10	3	3	6	7	10	3	6	200	7	1,50
MEDICAÇÃO	212	342	221	280	192	362	302	233	286	247	323	221	350	407	307	333	302	337	298	310	483	323	292	329	266	269	420	264	282	235	9048	302	68,07
SUTURA/CURATIVO	7	10	12	5	3	1	4	0	5	8	5	0	3	5	4	2	1	6	5	3	5	6	5	7	11	5	6	8	11	5	158	5	29,37
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICO	16	17	7	0	0	36	16	9	9	10	0	0	15	19	13	23	13	0	0	28	8	32	11	11	0	0	31	12	10	10	356	12	2,68

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000011

4.3 PLANILHA RESUMIDA E GRÁFICO DAS REMOÇÕES DE PACIENTE DIÁRIO

No mês de abril foram realizadas 143 remoções, com o encaminhamento de pacientes para hospitais de referência, sendo estas realizadas para leitos regulados através da Central de Leitos do Estado de Pernambuco, conforme planilha e gráfico representativo, abaixo com os principais destinos das transferências dos nossos pacientes.

Remoções					
Unidade de Pronto Atendimento: UPA SANTOS					
Mês/Ano: abril/2026					
#	ATEND.	DATA	PACIENTE	DESTINO	SERHA CENTRAL DE LEITOS
1	3147045	01/04/2026	M.G.P.S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2142001
2	3148482	01/04/2026	R.J.B.	HOSPITAL DOM HELDER	7681857
3	3148562	02/04/2026	J.C.S.P.	HOSPITAL ARMINDO MOURA	2138462
4	3148929	02/04/2026	E.G.S.	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	7682179
5	3148790	02/04/2026	S.S.S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2142008
6	3148700	02/04/2026	M.C.F.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2140335
7	3148795	02/04/2026	L.T.S.F.	HOSPITAL EVANGELICO	2143028
8	3149452	03/04/2026	E.F.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7682456
9	3149798	03/04/2026	M.S.D.	HOSPITAL DOM HELDER	7682881
10	3150218	03/04/2026	B.M.S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7681947
11	3147438	03/04/2026	J.S.S.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	2139668
12	369843	04/04/2026	R.S.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7683423
13	3150230	04/04/2026	E.B.A.	HOSPITAL DOM HELDER	7683005
14	3150713	04/04/2026	A.F.S.	HOSPITAL ALFA	2128298
15	3151065	04/04/2026	M.I.A.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7683942
16	3148687	04/04/2026	B.L.M.S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2145222
17	3151324	04/04/2026	E.M.S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2145966
18	3151250	04/04/2026	A.M.N.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7683947
19	3151279	05/04/2026	S.V.F.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2145698
20	3151999	05/04/2026	J.J.N.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	SEM SENHA
21	3152487	05/04/2026	M.D.S.S.	HOSPITAL IMP	2145460
22	3152638	05/04/2026	R.F.N.S.	HOSPITAL IMP	21224145
23	3152482	06/04/2026	W.C.G.S.	HOSPITAL MEMORIAL DE GOIANA	2146443
24	3152482	06/04/2026	W.C.G.S.	HOSPITAL MEMORIAL DE GOIANA	2146443
25	3153255	06/04/2026	J.V.C.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7685563
26	3154009	06/04/2026	E.A.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	
27	3154002	06/04/2026	S.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7685770
28	3154233	06/04/2026	S.R.N.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7685912
29	3153548	06/04/2026	J.R.P.L.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7685633
30	3153782	07/04/2026	A.R.N.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7686316
31	3155561	07/04/2026	M.C.F.L.	HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	2148588
32	3156043	07/04/2026	L.M.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7686973
33	3153208	07/04/2026	A.S.S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7686365
34	3154304	07/04/2026	R.J.G.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7686745
35	3156640	08/04/2026	R.J.G.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7687293
36	3155681	08/04/2026	K.N.S.	HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE	2149357
37	3157244	08/04/2026	J.C.S.P.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2147636
38	3157013	08/04/2026	R.M.A.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7687936
39	3156751	09/04/2026	E.M.F.S.	HOSPITAL DAS CLINICAS	2146570
40	3158415	09/04/2026	J.S.L.	HOSPITAL DOM HELDER	7688565
41	3158340	09/04/2026	M.G.S.	HOSPITAL SANTO AMAIRO	2148683
42	3159565	10/04/2026	L.V.O.S.	HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE	2150697
43	3159916	10/04/2026	J.J.S.B.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7689396
44	3160887	10/04/2026	S.M.S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7689671
45	3160150	10/04/2026	J.S.P.N.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7689565
46	3161490	10/04/2026	A.F.R.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7690009
47	3161447	11/04/2026	A.A.A.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2150819
48	3159219	11/04/2026	L.S.R.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	7689687
49	3162100	11/04/2026	J.J.S.	HOSPITAL EVANGELICO	2149658
50	3162631	11/04/2026	G.P.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7690887
51	3162353	11/04/2026	E.F.L.	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	422355
52	3162088	11/04/2026	A.J.S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2149751
53	3161562	12/04/2026	J.G.S.	HOSPITAL GERAL DE AREIAS	2152037
54	3163365	12/04/2026	E.L.S.	HOSPITAL MARIA VITORIA	2150476
55	3162128	12/04/2026	M.D.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2152120
56	3026861	12/04/2026	M.L.F.	HOSPITAL IMP	7691634
57	3163157	12/04/2026	C.A.R.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7691337
58	3164307	13/04/2026	M.V.B.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7692054
59	3164100	13/04/2026	F.M.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7692119
60	3164022	13/04/2026	E.A.S.	HOSPITAL GERAL DE AREIAS	2153075
61	3165022	13/04/2026	N.M.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7692590
62	3165558	13/04/2026	N.L.E.B.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7692597
63	3166676	14/04/2026	C.C.S.	HOSPITAL SANTO AMAIRO	2150833
64	3164227	14/04/2026	J.S.P.N.	HOSPITAL DA MIRUEIRA	2153199
65	3167652	14/04/2026	J.L.S.N.	HOSPITAL DOM HELDER	7693664



GESTÃO EM SAÚDE

000012

66	3166725	14/04/2026	M.J.C.M.	HOSPITAL SANTO AMARO	2153170
67	3166682	14/04/2026	A.N.M.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2155789
68	3167599	15/04/2026	K.R.O.	HOSPITAL IMIP	2157324
69	3167569	15/04/2026	S.E.C.	HOSPITAL VALE DO UMA	2152743
70	3168613	15/04/2026	J.D.P.L.	HOSPITAL SANTO AMARO	2152237
71	3169832	15/04/2026	I.L.B.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7694589
72	3169533	16/04/2026	R.D.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7694861
73	3171253	16/04/2026	J.N.M.	HOSPITAL DOM HELDER	7695573
74	3172161	17/04/2026	A.J.O.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	769917
75	3171624	17/04/2026	E.B.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7696228
76	3173719	18/04/2026	J.C.S.P.	HOSPITAL EVANGELICO	2159798
77	3173737	18/04/2026	J.S.C.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7697145
78	3174707	18/04/2026	L.M.B.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7697304
79	3174716	18/04/2026	A.M.S.S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2155279
80	3174612	19/04/2026	J.M.S.	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	7697723
81	3175011	19/04/2026	D.V.F.B.	HOSPITAL DOM HELDER	7697827
82	3175814	19/04/2026	M.E.N.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7698062
83	3175593	19/04/2026	A.S.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7698011
84	3175843	19/04/2026	A.S.A.	HOSPITAL DOM HELDER	7698067
85	3175619	20/04/2026	E.C.L.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7698345
86	3175593	20/04/2026	A.S.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7698011
87	3176324	20/04/2026	E.S.G.	HOSPITAL JABOTÃO DE PRAZERES	2161755
88	3177671	20/04/2026	M.K.S.L.	HOSPITAL DOM HELDER	7699171
89	3176326	20/04/2026	S.A.S.	HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	7698983
90	3179077	20/04/2026	P.F.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7699496
91	3178559	21/04/2026	J.H.L.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7699666
92	3176334	21/04/2026	V.F.B.	HOSPITAL EVANGELICO	2161507
93	3177852	21/04/2026	N.L.S.S.	HOSPITAL GERAL DE AREIAS	2161096
94	3178766	21/04/2026	J.A.S.F.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7699807
95	3178115	21/04/2026	F.R.S.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7699540
96	3178072	21/04/2026	R.E.S.	HOSPITAL JABOTÃO DE PRAZERES	2161105
97	3178766	21/04/2026	J.A.S.F.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7700319
98	3179582	21/04/2026	R.A.G.O.	HOSPITAL DOM HELDER	7700349
99	3180194	22/04/2026	A.L.S.D.	HOSPITAL SANTA MARIA	2161170
100	3180203	22/04/2026	I.S.F.V.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2161286
101	3180500	22/04/2026	L.L.R.	HOSPITAL DOM HELDER	7700730
102	3182328	23/04/2026	M.K.G.F.	HOSPITAL DOM HELDER	7701647
103	3182923	23/04/2026	W.L.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7701930
104	3183216	24/04/2026	V.V.M.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7702411
105	3183216	24/04/2026	V.V.M.	HOSPITAL DOM HELDER	7702716
106	3183972	24/04/2026	R.B.N.	HOSPITAL DOM HELDER	7702364
107	3178704	24/04/2026	J.T.A.F.	HOSPITAL DOM HELDER	7702719
108	3185234	24/04/2026	M.N.L.	HOSPITAL DOM HELDER	7703172
109	3185412	25/04/2026	B.L.G.B.A.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7703261
110	3184283	25/04/2026	T.S.F.	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	7703390
111	3185439	25/04/2026	C.A.D.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7700465
112	3186095	25/04/2026	M.L.S.A.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7703697
113	3184867	25/04/2026	J.C.S.C.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7703344
114	3182483	25/04/2026	L.A.S.	HOSPITAL EVANGELICO	2155456
115	3187031	26/04/2026	J.G.V.B.	HOSPITAL DOM HELDER	7704265
116	3187156	26/04/2026	A.N.M.	HOSPITAL ALFA	2155789
117	3182328	26/04/2026	M.K.G.F.	HOSPITAL DOM HELDER	7701647
118	3187481	26/04/2026	A.A.C.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7704509
119	3186549	26/04/2026	R.H.J.S.	HOSPITAL IMIP	2168748
120	3187526	26/04/2026	J.B.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7704750
121	3187432	26/04/2026	J.F.N.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7704956
122	3187697	27/04/2026	M.S.C.	HOSPITAL DOM HELDER	7705090
123	3187147	27/04/2026	A.M.C.	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	2157847
124	3187345	27/04/2026	S.G.N.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2169335
125	3188374	27/04/2026	N.J.M.C.	HOSPITAL DOM HELDER	7705653
126	3188794	28/04/2026	E.G.A.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2168266
127	3189125	28/04/2026	R.S.S.	HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	7705750
128	3190346	28/04/2026	R.J.B.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7706176
129	3190216	28/04/2026	M.J.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7706487
130	3190253	28/04/2026	C.A.D.	HOSPITAL DOM HELDER	7705709
131	3191851	28/04/2026	C.E.F.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7706906
132	3191329	29/04/2026	M.A.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7706907
133	3189871	29/04/2026	M.A.C.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2168686
134	3192026	29/04/2026	M.S.L.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2171149
135	3192599	29/04/2026	N.E.A.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7707277
136	3192336	29/04/2026	L.J.S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO	2170312
137	3192349	29/04/2026	D.S.B.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2167741
138	3193556	29/04/2026	V.L.S.T.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2171740
139	3193583	30/04/2026	E.M.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7707767
140	3192735	30/04/2026	J.B.S.	HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	7707524
141	3193559	30/04/2026	T.Y.P.S.	HOSPITAL JABOTÃO DE PRAZERES	2169369
142	3194284	30/04/2026	L.S.M.M.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7708259
143	3195343	30/04/2026	R.G.F.	HOSPITAL ARMINDO MOURA	S/S



GESTÃO EM SAÚDE

000013



GESTÃO EM SAÚDE

55 81 3479 5611 | 3479 5372

Rua Maracanã, 31 Prazeres

Jaboatão dos Guararapes - PE | CEP: 54340-100

dirgeral.us@s3saude.com.br | www.s3saude.org.br

Remoção por Hospital

Unidade de Pronto Atendimento:

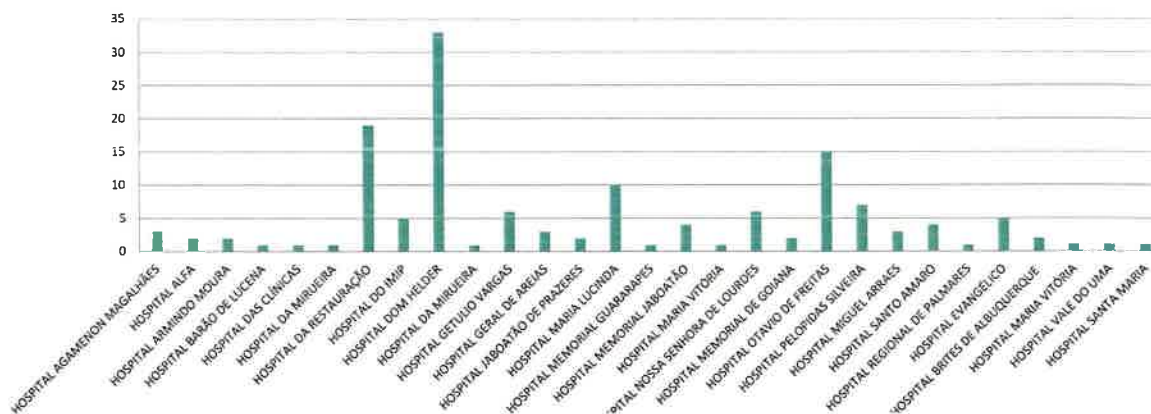
UPA SOTAVE

Mês/Ano:

abril/2026

HOSPITAIS	QUANTIDADE	%
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	3	2,10
HOSPITAL ALFA	2	1,40
HOSPITAL ARMINO MOURA	2	1,40
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	1	0,70
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	1	0,70
HOSPITAL DA MIRUEIRA	1	0,70
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	19	13,29
HOSPITAL DO IMIP	5	3,50
HOSPITAL DOM HELDER	33	23,08
HOSPITAL DA MIRUEIRA	1	0,70
HOSPITAL GETULIO VARGAS	6	4,20
HOSPITAL GERAL DE AREIAS	3	2,10
HOSPITAL JABOATÃO DE PRAZERES	2	1,40
HOSPITAL MARIA LUCINDA	10	6,99
HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	1	0,70
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	4	2,80
HOSPITAL MARIA VITÓRIA	1	0,70
HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	6	4,20
HOSPITAL MEMORIAL DE GOIANA	2	1,40
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	15	10,49
HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7	4,90
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	3	2,10
HOSPITAL SANTO AMARO	4	2,80
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	1	0,70
HOSPITAL EVANGÉLICO	5	3,50
HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE	2	1,40
HOSPITAL MARIA VITÓRIA	1	0,70
HOSPITAL VALE DO UMA	1	0,70
HOSPITAL SANTA MARIA	1	0,70
TOTAL	143	100,00

Gráfico de Remoção por Hospital



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000014

Conforme a análise dos dados, vale destacar que as transferências seguiram com maior frequência em ordem decrescente, para os hospitais: Hospital Dom Helder, Hospital da Restauração, Hospital Otávio de Freitas, que apareceram à frente do Hospital Maria Lucinda, sinalizando que a unidade cada vez mais vem recebendo pacientes idosos, segundo maior público atendido no serviço, e com comorbidades negligenciadas, diabetes e hipertensão.

4.4 PLANILHA DE ATENDIMENTO POR TIPO DE RESULTADO

Através das informações contidas na planilha de resumo de atendimentos por tipo de resultado, avalia-se que em fevereiro tivemos que 28,04% dos pacientes tiveram alta após consulta, 33,93% após serem medicados, 16,99% receberam alta melhorado e 3,33% dos pacientes foram transferidos para hospitais de referência na regulados pela Central de Regulação.

O índice de evasão sem atendimento no mês de fevereiro foi de 6,61%. Esforços vem sendo empreendidos na busca por resultados superiores ao alcançado.

GESTÃO EM SAÚDE

55 81 3479 5611 | 3479 5372

Rua Maracanã, 31 Prazeres

Jaboatão dos Guararapes - PE | CEP: 54340-100

dirgeral.us@s3saude.com.br | www.s3saude.org.br

Resumo de Atendimentos por Tipo de Resultado

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE

Mês/Ano: abril/2026

Tipo de Resultado	Quantidade	
ALTA APÓS CONSULTA	1213	28,05
ALTA APÓS MEDICAÇÃO	1468	33,94
ALTA MELHORADO	735	16,99
ALTA APÓS PROCEDIMENTOS	117	2,71
EVADIU-SE SEM ATENDIMENTO	229	5,29
EVADIU-SE APÓS PRIMEIRO ATENDIMENTO	57	1,32
PERMANECE EM OBSERVAÇÃO	340	7,86
ALTA ADMINISTRATIVA	4	0,09
ALTA A PEDIDO	7	0,16
ALTA PARA INTERNAÇÃO	0	0,00
ALTA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	7	0,16
ÓBITO	5	0,12
TERMO DE RESPONSABILIDADE	0	0,00
TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR	143	3,31
TOTAL	4325	100

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



4.5 RELATÓRIO DE ATENDIMENTO POR CID

Conforme já evidenciado na Planilha resumida de classificação de risco, em que se observa elevado número de pacientes classificados como verde (pouca urgência), a tabela abaixo, estratificada por CID, permite melhor compreensão do perfil dos pacientes que buscaram atendimento na UPA Sotave, em abril. Abaixo os 10 (dez) CIDs com maior incidência, considerando que a amostragem dos demais tem uma média bem baixa.

UPA SOTAVE

SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Internação

Quantitativo de Pacientes por Cid

Página: 1 / 9

Emitido por: CLELIOTS

Em: 04/05/2026 11:58

Período de 01/04/2026 a 30/04/2026 - Cid:Todos - Tipo do Atendimento: Todos
Convenio: Todos

Cid		Permanencia Média	Total	% Total	% Acumulado
A09	DIARREIA E GASTROENTERITE ORIG INFECC PRESUM	0	421	10,48 %	10,48 %
R520	DOR AGUDA	2	362	9,01 %	19,49 %
M545	DOR LOMBAR BAIXA	0	308	7,67 %	27,16 %
B349	INFECC VIRAL NE	0	302	7,52 %	34,68 %
M796	DOR EM MEMBRO	1	125	3,11 %	37,79 %
R51	CEFALEIA	1	104	2,59 %	40,38 %
I10	HIPERTENSAO ESSENCIAL	1	103	2,56 %	42,94 %
R060	DISPNEIA	7	91	2,27 %	45,21 %
N390	INFECC DO TRATO URINARIO DE LOCALIZ NE	2	87	2,17 %	47,37 %
R11	NAUSEA E VOMITOS	2	82	2,04 %	49,41 %

4.6 GRÁFICO DE ATENDIMENTO POR HORA

UPA SOTAVE

SOULMV - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial

Gráfico de atendimentos por Hora

Página: 1 / 1

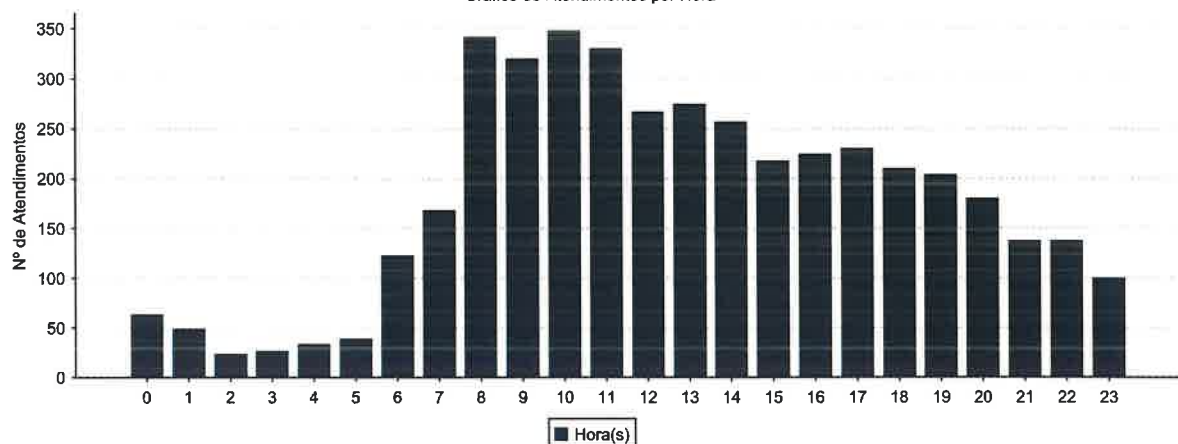
Emitido por: CLELIOTS

Em: 04/05/2026 14:29

Período de 01/04/2026 a 30/04/2026 Tipo de Atendimento: Todos Origem: Todos

00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00
00:59	01:59	02:59	03:59	04:59	05:59	06:59	07:59	08:59	09:59	10:59	11:59	12:59	13:59	14:59	15:59	16:59	17:59	18:59	19:59	20:59	21:59	22:59	23:59
64	49	24	27	34	39	123	169	342	320	348	330	267	275	257	218	225	230	210	204	180	138	138	100

Gráfico de Atendimentos por Hora



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



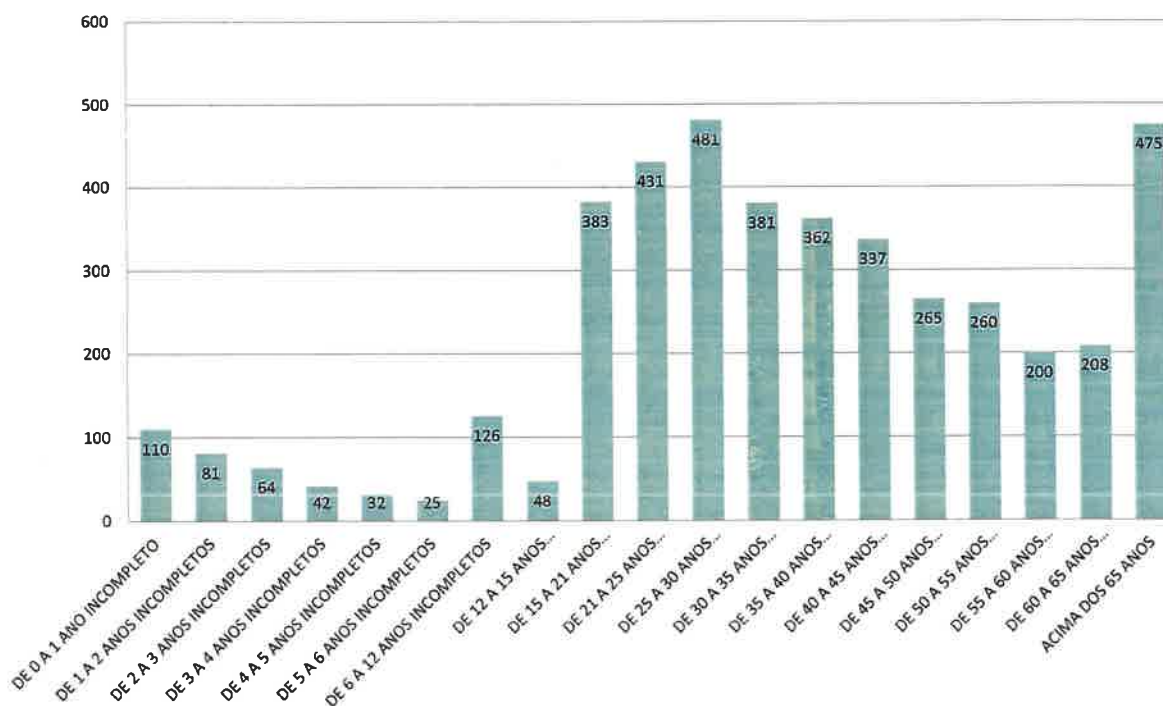
GESTÃO EM SAÚDE

000016

4.7 PLANILHA E GRÁFIO DE ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA

DE 0 A 1 ANO INCOMPLETO	110	2,55
DE 1 A 2 ANOS INCOMPLETOS	81	1,88
DE 2 A 3 ANOS INCOMPLETOS	64	1,48
DE 3 A 4 ANOS INCOMPLETOS	42	0,97
DE 4 A 5 ANOS INCOMPLETOS	32	0,74
DE 5 A 6 ANOS INCOMPLETOS	25	0,58
DE 6 A 12 ANOS INCOMPLETOS	126	2,92
DE 12 A 15 ANOS INCOMPLETOS	48	1,11
DE 15 A 21 ANOS INCOMPLETOS	383	8,88
DE 21 A 25 ANOS INCOMPLETOS	431	10,00
DE 25 A 30 ANOS INCOMPLETOS	481	11,16
DE 30 A 35 ANOS INCOMPLETOS	381	8,84
DE 35 A 40 ANOS INCOMPLETOS	362	8,40
DE 40 A 45 ANOS INCOMPLETOS	337	7,82
DE 45 A 50 ANOS INCOMPLETOS	265	6,15
DE 50 A 55 ANOS INCOMPLETOS	260	6,03
DE 55 A 60 ANOS INCOMPLETOS	200	4,64

Por Faixa Etária



Conforme a análise do gráfico, observa-se predominância de atendimentos para adultos entre 25 e 30 anos de idade, seguido acima dos 65 anos, 21 a 25 anos e enquanto na pediatria teve predominância das idades entre 6 a 12 anos incompletos.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

4.8 PLANILHA RESUMO DOS ÓBITOS DIÁRIO

No mês de Abril ocorreram 5 óbitos, todos avaliados no mês pela comissão de óbitos, instituída por meio de portaria.



55 81 3479 5611 | 3479 5372
Rua Maracanã, 31 Prazeres
Jaboatão dos Guararapes - PE | CEP: 54340-100
dirgeral.us@s3saude.com.br | www.s3saude.org.br

Óbitos			
Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE			
Mês/Ano: abril/2026			
DATA	PACIENTE	DATA NASCIMENTO	MOTIVO
05/04/2026	N. A. S.	22/11/1953	R092 - PARADA RESPIRAT
06/04/2026	V. L. S.	01/10/1955	A419 - SEPTICEMIA NE
10/04/2026	M. C. F. S.	15/06/1935	J960 - INSUF RESPIRAT AGUDA
16/04/2026	J. A. S.	09/05/1949	I219-INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NE
23/04/2026	I. S. S.	14/09/2000	I219-INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NE

4.9 RELATÓRIO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO

No presente mês, do total de 4.308 usuários atendidos na UPA Sotave, 2.426 responderam à pesquisa de satisfação, totalizando um percentual de 56,31% de pesquisas aplicadas, superior ao proposto na meta contratual que é de 10%. Destacando que nossa pesquisa de satisfação é 100% digital, onde um dos nossos colaboradores aborda o paciente e/ou acompanhante, munido de um Tablet e realiza os questionamentos ou sinaliza o QRcode para que o mesmo realize no seu dispositivo de Smartphone

O índice geral de satisfação é calculado considerando todos os itens da pesquisa de satisfação da UPA Sotave. Um dado relevante é que 96,7% dos usuários que responderam à pesquisa recomendariam os serviços desta unidade, conforme demonstra os números nas tabelas abaixo.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

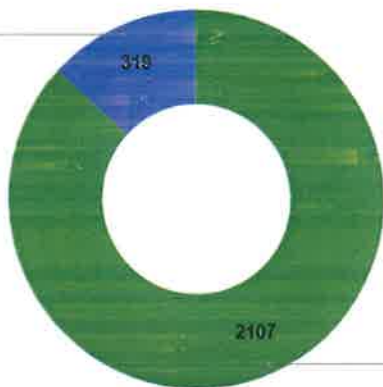


GESTÃO EM SAÚDE

000018

Contagem de COMO VOCÊ SE IDENTIFICA?

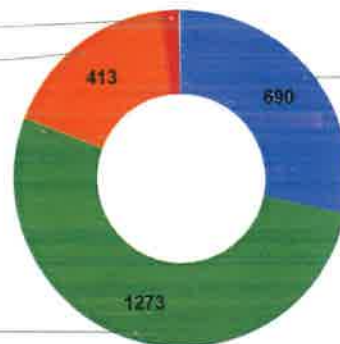
ACOMPANHANTE
13,1%



PACIENTE
86,9%

Contagem de LIMPEZA E CONFORTO DA RECEPÇÃO, BANHEIROS, CORREDORES, SALAS DE ESPERA, SALAS DE OBSERVAÇÃO E CONSULTÓRIOS

RUIM
1,5%
REGULAR
17,0%

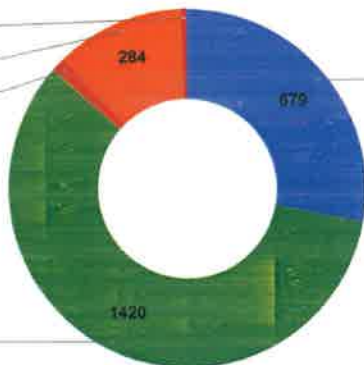


EXCELENTE
28,4%

BOM
52,5%

Contagem de DURANTE A CONSULTA VOCÊ FOI BEM INFORMADO DO SEU ESTADO DE SAÚDE E DOS PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS?

PÉSSIMO
0,4%
REGULAR
11,7%
RUIM
1,3%

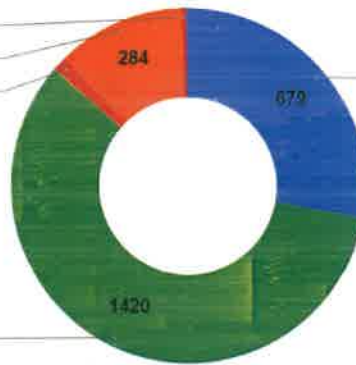


EXCELENTE
28,0%

BOM
58,5%

Contagem de O ESTABELECIMENTO É BEM SINALIZADO PARA VOCÊ ENCONTRAR O LOCAL ONDE PRECISA IR? (PLACAS, PAINEL)

PÉSSIMO
0,4%
REGULAR
11,7%
RUIM
1,3%

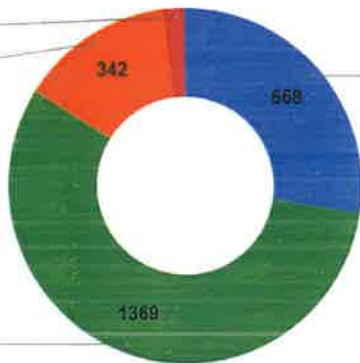


EXCELENTE
28,0%

BOM
58,5%

Contagem de TEMPO DE ESPERA PELO ATENDIMENTO (MÉDICOS, ENFERMEIROS, RECEPÇÃO E TÉCNICOS)

RUIM
1,6%
REGULAR
14,1%

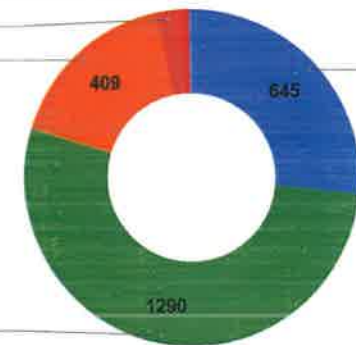


EXCELENTE
27,5%

BOM
55,4%

Contagem de NÍVEL DE COMPROMETIMENTO E DISPOSIÇÃO DAS PESSOAS EM AJUDAR A RESOLVER SEUS PROBLEMAS (MÉDICOS, ENFERMEIROS, FUNCIONÁRIOS, ADMINISTRAÇÃO).

RUIM
2,2%
REGULAR
16,9%

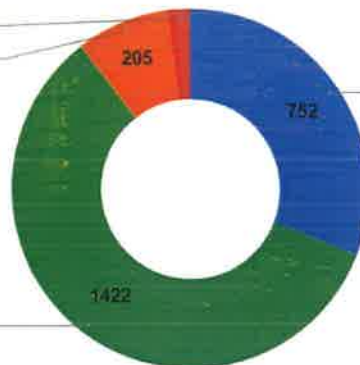


EXCELENTE
26,8%

BOM
63,2%

Contagem de SUA SENSÇÃO DE SEGURANÇA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS OFERECIDOS POR ESTA UNIDADE?

RUIM
1,3%
REGULAR
8,6%

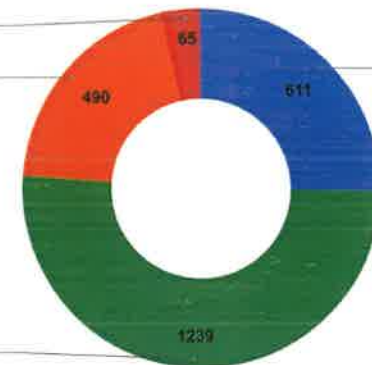


EXCELENTE
31,6%

BOM
58,6%

Contagem de A EDUCAÇÃO E O RESPEITO COM QUE VOCÊ FOI TRATADO (MÉDICOS, ENFERMEIROS, RECEPÇÃO, FUNCIONÁRIOS ADM)

RUIM
2,7%
REGULAR
20,2%



EXCELENTE
26,2%

BOM
51,1%

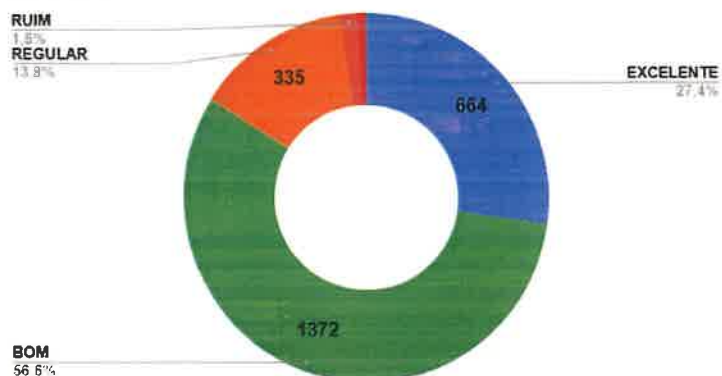
UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



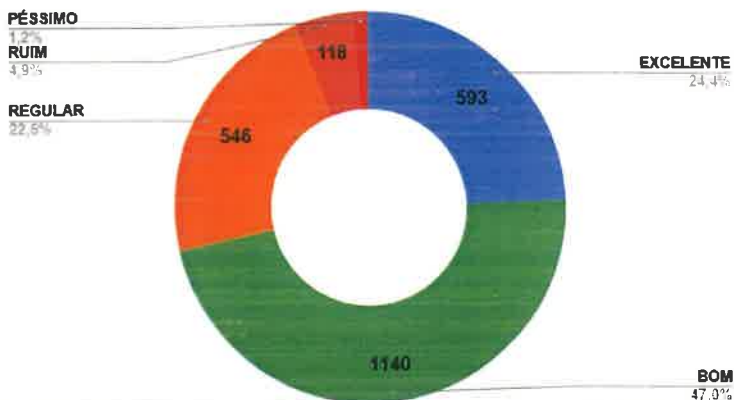
GESTÃO EM SAÚDE

000019

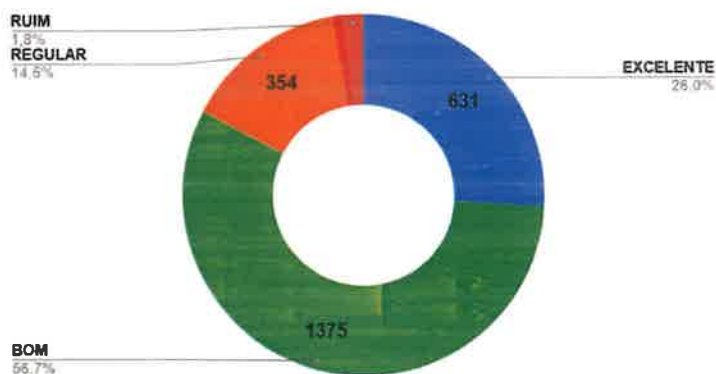
Contagem de O INTERESSE DO MÉDICO EM OUVIR AS QUEIXAS DO PACIENTE?



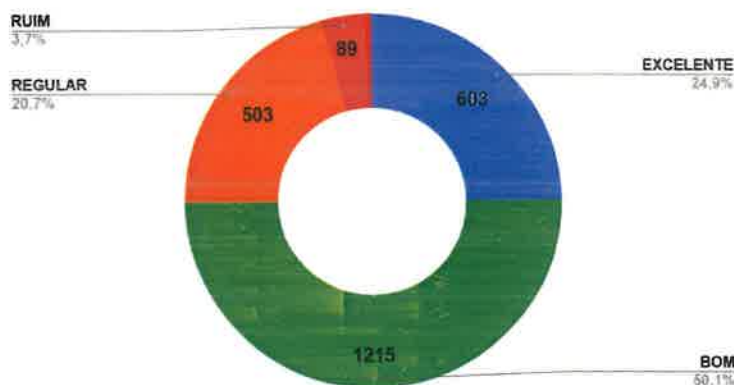
Contagem de EXPLICAÇÕES DOS MÉDICOS DURANTE O ATENDIMENTO?



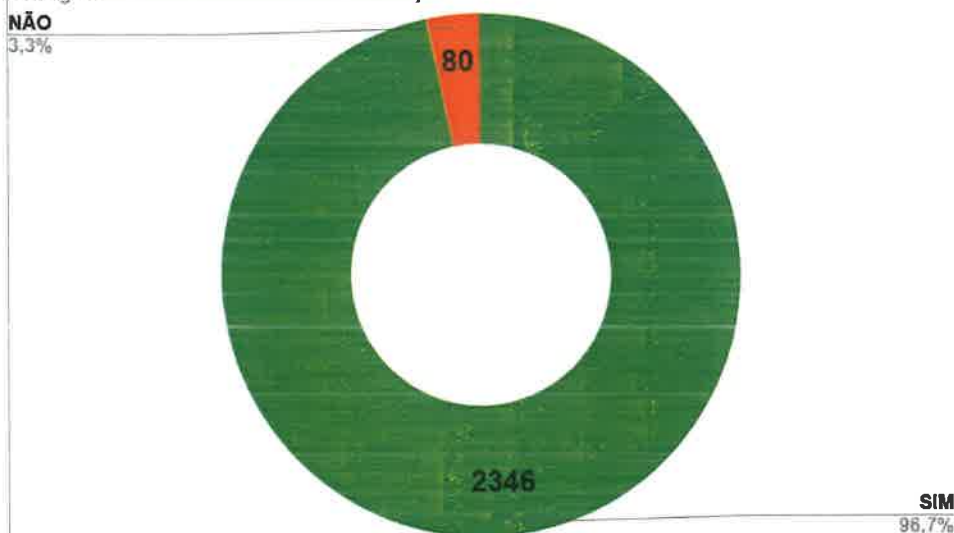
Contagem de EXPLICAÇÕES DOS ENFERMEIROS DURANTE OS PROCEDIMENTOS QUE FORAM REALIZADOS?



Contagem de RESPEITO AO AMBIENTE NAS SALAS DE ESPERA E OBSERVAÇÃO



Contagem de VOCÊ INDICARIA ESSE SERVIÇO?



UPA SOLANGE
Inalda Santos
Diretora Geral



000020

GESTÃO EM SAÚDE

4.10 RELATÓRIO DE QUEIXAS RECEBIDAS E TRATADAS (OUVIDORIA).

No presente mês tivemos 02 (duas) notificações da ouvidoria, uma intempestiva com ocorrência em janeiro/26, ambas tratadas e respondida para SMS.

5 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

A UPA Sotave utiliza o sistema informatizado de gestão SOUL MV, onde o cadastro do usuário só é finalizado após a inserção do CEP no campo de endereço, cuja parametrização é atualizada pelo IBGE, garantindo assim informações consistentes acerca do domicílio dos usuários.

Vale salientar que o histórico dos atendimentos por bairro, no período de 01 a 30/04/2026, está disponível nas páginas seguintes, conforme relatório extraído do sistema de gestão SOUL MV, com destaque para o próprio município com 81,63% e municípios vizinhos 17,75% e menos de 0,62% de outras regiões e municípios mais distantes.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000021

GESTÃO EM SAÚDE

UPA SOTAVE
SOULMV - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Atendimentos por Bairro

Página: 1 / 5
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/05/2026 14:31

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/04/2026 a 30/04/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE	JABOATAO DOS GUARAR	PRAZERES	1601	49,02 %	49,02 %
		CAJUEIRO SECO	501	15,34 %	64,36 %
		BARRA DE JANGADA	291	8,91 %	73,27 %
		GUARARAPES	200	6,12 %	79,39 %
		PIEDADE	184	5,63 %	85,03 %
		CANDEIAS	116	3,55 %	88,58 %
		MURIBECA	82	2,51 %	91,09 %
		COMPORTAS	80	2,45 %	93,54 %
		JARDIM JORDAO	77	2,36 %	95,90 %
		MARCOS FREIRE	64	1,96 %	97,86 %
		SOCORRO	15	0,46 %	98,32 %
		ZUMBI DO PACHECO	14	0,43 %	98,74 %
		CENTRO	8	0,24 %	98,99 %
		SANTO ALEIXO	7	0,21 %	99,20 %
		MURIBEQUINHA	4	0,12 %	99,33 %
		DOIS CARNEIROS	3	0,09 %	99,42 %
		COMPORTA	3	0,09 %	99,51 %
		VILA RICA	3	0,09 %	99,60 %
		SUCUPIRA	3	0,09 %	99,69 %
		SANTANA	3	0,09 %	99,79 %
		MURIBECA DOS GUARARAPES	2	0,06 %	99,85 %
		VISTA ALEGRE	1	0,03 %	99,88 %
		BULHOES	1	0,03 %	99,91 %
		ENGENHO VELHO	1	0,03 %	99,94 %
		CURADO	1	0,03 %	99,97 %
		CAVALEIRO	1	0,03 %	100,00 %
Total Município:			3266	76,06 %	
CABO DE SANTO AGOSTI	PONTE DOS CARVALHOS	PONTEZINHA	280	49,30 %	49,30 %
		PONTEZINHA	258	45,42 %	94,72 %
		CENTRO	12	2,11 %	96,83 %
		JARDIM SANTO INACIO	4	0,70 %	97,54 %
		VILA TEATROLOGO BARRETO JUNIOR	3	0,53 %	98,06 %
		NUCLEO RESIDENCIAL MINISTRO MAR	3	0,53 %	98,59 %
		SAO FRANCISCO	3	0,53 %	99,12 %
		VILA DOUTOR MANOEL CLEMENTINO	1	0,18 %	99,30 %
		CIDADE GARAPU	1	0,18 %	99,47 %
		PIRAPAMA	1	0,18 %	99,65 %
		CHARNEQUINHA	1	0,18 %	99,82 %
		MALAQUIAS	1	0,18 %	100,00 %
Total Município:			568	13,23 %	
JABOATAO DOS GUARAR	PRAZERES	CAJUEIRO SECO	97	40,59 %	40,59 %
		CAJUEIRO SECO	44	18,41 %	59,00 %
		GUARARAPES	30	12,55 %	71,55 %
		JARDIM JORDAO	18	7,53 %	79,08 %
		PIEDADE	16	6,69 %	85,77 %
		MURIBECA DOS GUARARAPES	11	4,60 %	90,38 %
		MURIBECA	6	2,51 %	92,89 %
		CANDEIAS	5	2,09 %	94,98 %
		MARCOS FREIRE	4	1,67 %	96,65 %

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
MV | SoulMV

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000022

UPA SOTAVE
SOULMV - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Atendimentos por Bairro

Página: 2 / 5
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/05/2026 14:31

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/04/2026 a 30/04/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE		BARRA DE JANGADA	1	0,42 %	97,07 %
		PACHECO	1	0,42 %	97,49 %
		SANTO ALEIXO	1	0,42 %	97,91 %
		UR-06	1	0,42 %	98,33 %
		CAVALEIRO	1	0,42 %	98,74 %
		SOCORRO	1	0,42 %	99,16 %
		PADRE ROMA	1	0,42 %	99,58 %
		COMPORTAS	1	0,42 %	100,00 %
	Total Município:		239	5,57 %	
RECIFE		IMBIRIBEIRA	39	23,08 %	23,08 %
		BOA VIAGEM	18	10,65 %	33,73 %
		JORDAO	18	10,65 %	44,38 %
		IBURA	16	9,47 %	53,85 %
		COHAB	15	8,88 %	62,72 %
		AREIAS	5	2,96 %	65,68 %
		IPSEP	4	2,37 %	68,05 %
		COELHOS	4	2,37 %	70,41 %
		PINA	4	2,37 %	72,78 %
		AFOGADOS	3	1,78 %	74,56 %
		MADALENA	3	1,78 %	76,33 %
		BRASILIA TEIMOSA	3	1,78 %	78,11 %
		SANTO AMARO	3	1,78 %	79,88 %
		BOA VISTA	3	1,78 %	81,66 %
		BARRO	3	1,78 %	83,43 %
		CASA AMARELA	3	1,78 %	85,21 %
		ILHA JOANA BEZERRA	2	1,18 %	86,39 %
		VARZEA	2	1,18 %	87,57 %
		SAO JOSE	1	0,59 %	88,17 %
		SAN MARTIN	1	0,59 %	88,76 %
		PARNAMIRIM	1	0,59 %	89,35 %
		RECIFE	1	0,59 %	89,94 %
		FUNDAO	1	0,59 %	90,53 %
		GRACAS	1	0,59 %	91,12 %
		CAXANGA	1	0,59 %	91,72 %
		BEBERIBE	1	0,59 %	92,31 %
		ENGENHO DO MEIO	1	0,59 %	92,90 %
		SANTO ANTONIO	1	0,59 %	93,49 %
		JARDIM SAO PAULO	1	0,59 %	94,08 %
		NOVA DESCOBERTA	1	0,59 %	94,67 %
		CAJUEIRO	1	0,59 %	95,27 %
		IPUTINGA	1	0,59 %	95,86 %
		ENCRUZILHADA	1	0,59 %	96,45 %
		CURADO	1	0,59 %	97,04 %
	CAMPO GRANDE	1	0,59 %	97,63 %	
	ARRUDA	1	0,59 %	98,22 %	
	TOTO	1	0,59 %	98,82 %	
	CORDEIRO	1	0,59 %	99,41 %	
	TORRE	1	0,59 %	100,00 %	
	Total Município:		169	3,94 %	

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
MV | SoulMV

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000023

GESTÃO EM SAÚDE

UPA SOTAVE
SOULMV - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Atendimentos por Bairro

Página: 3 / 5
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/05/2026 14:31

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/04/2026 a 30/04/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE	RECIFE	IMBIRIBEIRA	9	42,86 %	42,86 %
		IBURA	4	19,05 %	61,90 %
		BOA VIAGEM	3	14,29 %	76,19 %
		IPSEP	1	4,76 %	80,95 %
		ESTANCIA	1	4,76 %	85,71 %
		PINA	1	4,76 %	90,48 %
		AFOGADOS	1	4,76 %	95,24 %
		JORDAO	1	4,76 %	100,00 %
	Total Município:		21	0,49 %	
	OLINDA	SAPUCAIA	4	40,00 %	40,00 %
		RIO DOCE	1	10,00 %	50,00 %
		SANTA TEREZA	1	10,00 %	60,00 %
		JARDIM ATLANTICO	1	10,00 %	70,00 %
		OURO PRETO	1	10,00 %	80,00 %
		PEIXINHOS	1	10,00 %	90,00 %
		PASSARINHO	1	10,00 %	100,00 %
	Total Município:		10	0,23 %	
	PONTE DOS CARVALHOS	PONTE DOS CARVALHOS	3	75,00 %	75,00 %
		CAIXA POSTAL	1	25,00 %	100,00 %
	Total Município:		4	0,09 %	
	CABO	CENTRO	4	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		4	0,09 %	
	PAULISTA	JANGA	1	33,33 %	33,33 %
		VILA TORRES GALVAO	1	33,33 %	66,67 %
		PAU AMARELO	1	33,33 %	100,00 %
	Total Município:		3	0,07 %	
	AGUA PRETA	CAIXA POSTAL	2	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		2	0,05 %	
	SANTO AGOSTINHO / CB	CAIXA POSTAL	2	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		2	0,05 %	
	CARUARU	BOA VISTA	1	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		1	0,02 %	
	ABREU E LIMA	TIMBO	1	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		1	0,02 %	
	ITAPISSUMA	CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		1	0,02 %	
	VITORIA DE SANTO ANTA	CAJA	1	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		1	0,02 %	
	MORENO	CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		1	0,02 %	
	SAO LOURENCO DA MAT	PARQUE CAPIBARIBE	1	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		1	0,02 %	

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
MV | SoulMV

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000024

UPA SOTAVE
SOULMV - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Atendimentos por Bairro

Página: 4 / 5
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/05/2026 14:31

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/04/2026 a 30/04/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
			Total uf: 99,61 %	99,61 %	
CE	JUAZEIRO DO NORTE	LAGOA SECA	2	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	2	40,00 %	
	IRACEMA	CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	1	20,00 %	
	SOBRAL	PADRE PALHANO	1	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	1	20,00 %	
VARZEA ALEGRE	CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %	
	Total Município:	1	20,00 %		
	Total uf:	0,12 %	0,12 %		
SP	SAO PAULO	VILA MADALENA	1	20,00 %	20,00 %
		VILA JAGUARA	1	20,00 %	40,00 %
		VILA NOVA CONCEICAO	1	20,00 %	60,00 %
		VILA CONSTANCA	1	20,00 %	80,00 %
		PINHEIROS	1	20,00 %	100,00 %
	Total Município:	5	100,00 %		
Total uf:	0,12 %	0,12 %			
GO	GOIANIA	RESIDENCIAL SOLAR VILLE	1	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	1	50,00 %	
	FORMOSA	ROSA MARIA	1	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	1	50,00 %	
Total uf:	0,05 %	0,05 %			
MS	CAMPO GRANDE	JARDIM TARUMA	1	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	1	100,00 %	
	Total uf:	0,02 %	0,02 %		
SC	ITAJAI	CORDEIROS	1	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	1	100,00 %	
	Total uf:	0,02 %	0,02 %		
PI	FLORIANO	CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	1	100,00 %	
	Total uf:	0,02 %	0,02 %		
AL	ARAPIRACA	PRIMAVERA	1	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	1	100,00 %	
	Total uf:	0,02 %	0,02 %		
BA	TEIXEIRA DE FREITAS	JARDIM PLANALTO	1	100,00 %	100,00 %
		Total Município:	1	100,00 %	
	Total uf:	0,02 %	0,02 %		
			Total Geral:	4311	100,00%

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
MV | SoulMV

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000025

6

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona como uma espécie de rede que deve estar integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, sendo o indivíduo acompanhado nos diversos níveis de atenção à saúde de acordo com suas especificidades.

Nesse contexto, a UPA Sotave, através da articulação com a gerência de atenção especializada do município de Jaboatão dos Guararapes, vem construindo o fluxo de referência e contrarreferência, a fim de aprimorar os encaminhamentos junto as unidades de saúde que são capazes de encaminhar ou receber os usuários do SUS, conforme análise do perfil epidemiológico dos usuários, através do relatório de atendimento disponível na página seguinte.

Em Abril registramos 6 trocas de sonda apenas, dos usuários abaixo relacionados.

Nome: L.J.O. Rua B, Cajueiro Seco, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: J.A.T. Rua Vila Piedade, Socorro, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: S.B.G. Rua D, Ponte dos Carvalhos, Cabo de Santo Agostinho/PE.

Nome: J.R.L. Av. Ulisses Montarroyos, Candeias, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: J.J.S. Rua Barcarena, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: L.F.S.R. Av. Gonçalves Dias, Jardim Jordão, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Vale ressaltar que a unidade não dispõe de número de profissionais para execução dos serviços de curativo e sondagem, nem estrutura física para tal, assim como não é perfil do serviço da UPA. Afim de atender a essa demanda, faz-se necessário o remanejamento de enfermeiro para acolher, orientar e realizar os procedimentos, o que compromete o fluxo dos atendimentos e a assistência ao paciente que realmente necessita dos cuidados de urgência e emergência.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000026

Nesse sentido, destaca-se a importância da articulação da UPA com a atenção primária, atuando como um observatório das demandas reprimidas, favorecendo na atenção integral e resolutiva, orientando, acolhendo e promovendo os devidos encaminhamentos, através dos profissionais do serviço social.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

7 CAMPO DE ENSINO E PESQUISA

Conforme o disposto no Contrato de Gestão 001/22, a UPA de Sotave faz parte do campo de ensino e pesquisa do município de Jaboatão dos Guararapes.

No mês de Abril /2026 a unidade recebeu 04 (quatro) estudantes, sendo 02(dois) de medicina e 02(dois) de farmácia.

8 FATURAMENTO

No mês de Abril todos os procedimentos realizados na unidade foram faturados, conforme relatório extraído do sistema de gestão SOUL MV, nas páginas seguintes.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000028

GESTÃO EM SAÚDE

UPA SOTAVE
SOULMV - Sistema de Faturamento de Ambulatório SUS
Relatório de Faturamento Global

Página: 1 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/05/2026 11:43

FATURA SIA/SUS 04/2026 : 01/04/2026 - 30/04/2026- Somente BPA; Tipo de Tratamento: Todos; Grupo de Procedimento: Todos;
Tipo de Procedimento: Todos; Ordem Relatório: DESCRICAO; Tipo Relatório: Setor Executante: Todos;

Grupo: 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Tipo : Interno

Sub Grupo: 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO
Forma de Organização: 01 - EXAMES BIOQUÍMICOS

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	0,00	0,00	97	2,25	218,25
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	0,00	0,00	122	2,01	245,22
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	0,00	0,00	371	1,85	686,35
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	0,00	0,00	383	1,85	708,55
0202010325 DOSAGEM DE CREATININOFOSFOQUINASE (CPK)	0,00	0,00	43	3,68	158,24
0202010333 DOSAGEM DE CREATININOFOSFOQUINASE FRACAO MB	0,00	0,00	19	4,12	78,28
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	0,00	0,00	88	2,01	176,88
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	0,00	0,00	374	1,85	691,90
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	0,00	0,00	374	1,85	691,90
0202010843 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	0,00	0,00	179	2,01	359,79
0202010851 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	0,00	0,00	179	2,01	359,79
0202010894 DOSAGEM DE UREIA	0,00	0,00	384	1,85	710,40
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	0,00	0,00	164	15,65	2.566,60
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	2777	42,99	7.652,15

Forma de Organização: 02 - EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0202020134 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	0,00	0,00	26	5,77	150,02
0202020142 DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	0,00	0,00	25	2,73	68,25
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	0,00	0,00	464	4,11	1.907,04
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	515	12,61	2.125,31

Forma de Organização: 03 - EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0202030059 DETECÇÃO DE RIA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	0,00	0,00	10	96,00	960,00
0202030040 DETECÇÃO DE ACIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	0,00	0,00	7	85,00	455,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	0,00	0,00	112	9,00	1.008,00
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENOS DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE	0,00	0,00	10	18,55	185,50
0202030903 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	0,00	0,00	44	20,00	880,00
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO	0,00	0,00	12	2,83	33,96
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	195	211,38	3.522,46

Forma de Organização: 05 - EXAMES DE UROANÁLISE

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	0,00	0,00	298	3,70	1.102,60
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	298	3,70	1.102,60
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	3785	270,68	14.402,52

Sub Grupo: 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

MV | SouIMV

UPA SOTAVE
SOULMV - Sistema de Faturamento de Ambulatório SUS
Relatório de Faturamento Global

Página: 2 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/05/2026 11:43

FATURA SIA/SUS 04/2026 : 01/04/2026 - 30/04/2026- Somente BPA; Tipo de Tratamento: Todos; Grupo de Procedimento: Todos;
Tipo de Procedimento: Todos; Ordem Relatório: DESCRICAO; Tipo Relatório: Setor Executante: Todos;

Forma de Organização: 01 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0204010080 RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	0,00	0,00	11	7,52	82,72
0204010144 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FH + MN + LATERAL + HIRTZ)	0,00	0,00	10	7,32	73,20
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	21	14,84	155,92

Forma de Organização: 02 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	0,00	0,00	7	8,33	58,31
0204020042 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	0,00	0,00	1	8,19	8,19
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	0,00	0,00	8	9,73	77,84
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	16	26,25	144,34

Forma de Organização: 03 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO TORAX E MEDIASTINO

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	0,00	0,00	369	9,50	3.505,50
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	369	9,50	3.505,50

Forma de Organização: 04 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	0,00	0,00	4	6,42	25,68
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	0,00	0,00	6	7,77	46,62
0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	0,00	0,00	1	7,40	7,40
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	0,00	0,00	1	5,90	5,90
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	0,00	0,00	7	7,98	55,86
0204040094 RADIOGRAFIA DE MAO	0,00	0,00	8	6,30	50,40
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	0,00	0,00	3	6,91	20,73
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	30	48,68	212,59

Forma de Organização: 05 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0204050138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	0,00	0,00	44	7,17	315,48
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	44	7,17	315,48

Forma de Organização: 06 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0204060060 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	0,00	0,00	3	7,77	23,31
0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	0,00	0,00	14	7,77	108,78
0204060109 RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	0,00	0,00	11	6,50	71,50
0204060117 RADIOGRAFIA DE COXA	0,00	0,00	3	8,94	26,82
0204060141 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	0,00	0,00	8	9,29	74,32
0204060150 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	0,00	0,00	19	6,78	128,82
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	58	47,05	433,55
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	538	153,49	4.767,38

Sub Grupo: 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES

Forma de Organização: 02 - DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA

Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0211020038 ELETROCARDIOGRAMA	0,00	0,00	198	5,15	1.019,70

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

MV | SouIMV

UPA SOTAVE
Inalva Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335

contato@s3saude.com.br





000029

GESTÃO EM SAÚDE

UPA SOTAVE
SOULMV - Sistema de Faturamento de Ambulatório SUS
Relatório de Faturamento Global

Página: 3 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/05/2026 11:43

FATURA SIA/SUS 04/2026 : 01/04/2026 - 30/04/2026- Somente BPA; Tipo de Tratamento: Todos; Grupo de Procedimento: Todos;
Tipo de Procedimento: Todos; Ordem Relatório: DESCRICAO; Tipo Relatório: Setor Executante: Todos;

Total Forma de Organização:	0,00	0,00	198	5,15	1.019,70
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	198	5,15	1.019,70

Sub Grupo: 14 - DIAGNÓSTICO POR TESTE RÁPIDO

Forma de Organização: 01 - TESTE REALIZADO FORA DA ESTRUTURA DE LABORATÓRIO

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0214010015 GLICEMIA CAPILAR	0,00	0,00	62	0,00	0,00
0214010163 TESTE RAPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	0,00	0,00	20	0,00	0,00
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	82	0,00	0,00
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	82	0,00	0,00
Total Tipo de Atendimento:	0,00	0,00	4603	429,32	20 189,60
Total Grupo:	0,00	0,00	4603	429,32	20 189,60

Total de Procedimento(s): 46

Grupo: 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Tipo: Interno					
---------------	--	--	--	--	--

Sub Grupo: 01 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS

Forma de Organização: 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCE	0,00	0,00	791	6,30	4 983,30
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO ME	0,00	0,00	76	0,00	0,00
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	867	6,30	4 983,30

Forma de Organização: 06 - CONSULTA/ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS (EM GERAL)

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0301060118 ACOHIMEITO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	0,00	0,00	3824	0,00	0,00
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVAÇÃO ATE 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZ	0,00	0,00	61	12,47	760,67
0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	0,00	0,00	4293	11,00	47 223,00
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	8178	23,47	47 983,67

Forma de Organização: 10 - ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM (EM GERAL)

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0301100012 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	0,00	0,00	4408	0,63	2 777,04
0301100195 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA	0,00	0,00	52	0,00	0,00
0301100039 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	0,00	0,00	29	0,00	0,00
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO	0,00	0,00	2	0,00	0,00
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	0,00	0,00	9	0,00	0,00
0301100284 CURATIVO SIMPLES	0,00	0,00	92	0,00	0,00
0301100128 LAVAGEM GÁSTRICA	0,00	0,00	3	0,00	0,00
0301100144 OXIGENOTERAPIA POR DIA	0,00	0,00	53	0,00	0,00
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	4648	0,63	2 777,04
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	13693	30,40	55 744,01
Total Tipo de Atendimento:	0,00	0,00	13693	30,40	55 744,01

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

MV | SouLMV

UPA SOTAVE
SOULMV - Sistema de Faturamento de Ambulatório SUS
Relatório de Faturamento Global

Página: 4 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/05/2026 11:43

FATURA SIA/SUS 04/2026 : 01/04/2026 - 30/04/2026- Somente BPA; Tipo de Tratamento: Todos; Grupo de Procedimento: Todos;
Tipo de Procedimento: Todos; Ordem Relatório: DESCRICAO; Tipo Relatório: Setor Executante: Todos;

Total de Procedimento(s): 13	Total Grupo:	0,00	0,00	13693	30,40	55 744,01
------------------------------	--------------	------	------	-------	-------	-----------

Grupo: 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Tipo: Interno

Sub Grupo: 01 - PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA

Forma de Organização: 01 - PEQUENAS CIRURGIAS

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	0,00	0,00	9	32,40	291,60
0401010031 DRENAGEM DE ABSCESSO	0,00	0,00	1	0,00	0,00
0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	0,00	0,00	24	23,16	555,84
0401010104 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	0,00	0,00	11	11,84	130,24
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	45	67,40	977,68
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	45	67,40	977,68
Total Tipo de Atendimento:	0,00	0,00	45	67,40	977,68
Total Grupo:	0,00	0,00	45	67,40	977,68

Total de Procedimento(s): 4

18341 76.911,29

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

MV | SouLMV

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

9

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

No período deste relatório de 01 a 30 de Abril de 2026 a gestão da UPA Sotave reitera que desenvolveu suas atividades de forma gradativa, buscando articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos pacientes aos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

No âmbito das metas qualitativas, seguimos desenvolvendo e aprimorando processos, comissões e protocolos vitais à qualidade do serviço ofertado. A equipe gestora, em consonância com as metas institucionais, utiliza de indicadores robustos e funcionais, que refletem a assistência o mais fidedignamente possível, para que sejam utilizados como base de avaliação e ferramenta de melhoria.

As comissões de farmacovigilância, Controle de Infecção Hospitalar, Análise e revisão de prontuários, Análise de óbitos, Comissão de Segurança do Paciente, Núcleo de Educação permanente, encontram-se constituídas, Portaria de nomeações das comissões foi recém editada, considerando mudanças na equipe e integração de novos membros, seguindo o preconizado em seus respectivos regimentos. As análises e discussões que aconteceram no mês de ABRIL, encontram-se disponíveis no **ANEXO I** através de registros em Atas, indicadores e Relatórios.

Comissão de Ética Médica

Conforme disposto na RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016, Capítulo II Da Composição, Organização e Estrutura das Comissões de Ética Médica:

Art. 3º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;



GESTÃO EM SAÚDE

000031

Conforme o disposto acima as demandas éticas são encaminhadas e tratadas, conforme avaliação interna, junto ao respectivo conselho.

Comissão de Ética em enfermagem

A comissão empossada junto ao Conselho Regional de enfermagem ao décimo segundo dia do mês de Fevereiro do ano de dois mil e vinte e três, foi destituída com a saída dos componentes e presidente. Aberto novo edital para recomposição.

Protocolos Institucionais

Primando pela qualidade e segurança para assistência, foram desenvolvidos protocolos institucionais, os quais encontram-se em aplicação e revisão contínua quanto a sua eficácia, conforme já evidenciado através de anexos disponibilizados nos relatórios anteriores e disponíveis para consultas e verificação a qualquer momento.

Ações de melhoria contínua vem sendo implementadas rotineiramente junto ao serviço de educação permanente, cuja missão é a construção, sensibilização e implantação das boas práticas na Atenção e da Gestão, por meio de qualificação contínua das equipes, com vistas à excelência operacional.

Conforme relatório de ações implementadas (**ANEXO II**) no mês de Abril, observaram-se contribuições significativas desse serviço.

Gerenciamento de Resíduos

Com a implantação do Programa de gerenciamento de resíduos, uma das ações implementadas é o controle de resíduos e a monitorização constante do correto descarte, o que pode ser evidenciado através do relatório de gerenciamento de resíduos disponível no **ANEXO III**.

Manutenção da estrutura físico-funcional e mobiliários

O programa de manutenção preventiva da estrutura físico-funcional foi implantado no início da gestão da unidade e, desde então, visando a manutenção das boas condições das instalações e estrutura física e conservação dos mobiliários e equipamentos, vem sendo implementadas ações contínuas, conforme evidencia o **ANEXO IV**.


UPA SAÚDE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000032

10

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A S3 Estratégia e Soluções em Saúde, responsável pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento – Eduardo Campo - UPA Sotave, vem continuamente direcionando esforços para oferecer um atendimento de qualidade com utilização adequada dos recursos públicos destinados ao contrato.

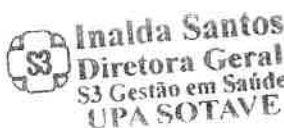
Conforme estabelecido no Contrato 001/2022, o relatório evidencia os resultados relacionados às metas e indicadores dos serviços prestados na UPA Sotave.

É importante destacar que a unidade encontra-se em reforma da estrutura física, telhado, teto, elétrica e pintura, desde o início de outubro e durante o mês de abril. Entretanto, funcionamos com equipes completas, a equipe médica composta por 3 (três) profissionais + 1pediatra, a partir de 17/04/26, a equipe multiprofissional completa nos termos do Contrato de Gestão nº. 001/2022, dimensionada adequadamente para atender à demanda pactuada conforme escalas disponíveis no **ANEXO V**.

Ressaltando a disponibilidade da instituição em prestar quaisquer esclarecimentos ou detalhamentos adicionais que se façam necessários, firmamo-nos cordialmente.

Jaboatão dos Guarapes, 10 de maio de 2026.

Inalda Santos
Diretora Geral



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000033

11 ANEXOS

Os Anexos apresentados a seguir demonstram as evidências apontadas neste relatório:

Anexo I:

- Portaria, Atas e Relatório das Comissões e Núcleo de Segurança do Paciente

Anexo II:

- Relatório das ações de Educação Permanente e Serviço Social

Anexo III:

- Relatório de Gerenciamento de Resíduos

Anexo IV:

- Relatório de Manutenção da estrutura Predial e mobiliários

Anexo V:

- Escalas do mês de Abril

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ANEXO I


UPA SOLTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



Área Emitente: Comissão de Revisão de Óbitos	Responsável pela Emissão: Antônio Marcelo Carvalho	Data da Emissão: 07/05/2026
---	---	--------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Reunião de Alinhamento da Comissão de Revisão de Óbitos	REDATOR: Antônio Marcelo Carvalho	DATA: 07/05/2026	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h00min
---	--------------------------------------	---------------------	---------------------	----------------------

PAUTA
Exposição do perfil de óbitos ocorridos em abril

PENDÊNCIAS DA REUNIÃO ANTERIOR
-

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (presente/a usente)	ASSINATURA
Antônio Marcelo C. Carvalho Junior	Presente	
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	
Jacyara Maria R. Do Nascimento	Presente	
Larissa Oliveira	ON LINE	
Rafaelly Melo	AUSENTE	

ATA DE REUNIÃO		
ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Exposição do perfil de óbitos ocorridos em dezembro;	Antônio Marcelo C. Carvalho Junior
2	Discussão acerca das revisões dos óbitos ocorridos no mês de dezembro;	Antônio Marcelo C. Carvalho Junior
3	Elaboração de Relatório e Ata de Reunião;	Gisele Tenório
4	Elaboração de gráficos (Perfil de óbitos).	Gisele Tenório

UPA SOAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



Este relatório tem como objetivo apresentar dados sobre óbitos registrados no período de 01 a 30 de abril de 2026. No período avaliado, foram registrados um total de **05** (cinco) **óbitos**, todos submetidos à análise da Comissão de Óbitos, com avaliação quanto a evitabilidade, qualidade assistencial e conformidade das condutas adotadas. Após análise dos prontuários, evolução clínica e circunstâncias relacionadas aos desfechos, todos os óbitos foram classificados como **NÃO EVITÁVEIS**, conforme critérios institucionais e diretrizes de segurança do paciente, considerando a gravidade clínica inicial, condições de terminalidade e evolução desfavorável independente das intervenções instituídas. Do total de 05 óbitos, 03 (três) ocorreram em pacientes com tempo de permanência na unidade superior a 24 horas, evidenciando evolução clínica desfavorável mesmo com assistência prestada, e 02 (dois) pacientes com tempo de permanência inferior a 24 horas da admissão, caracterizando casos graves com desfecho precoce, possivelmente relacionados à condição clínica avançada no momento da entrada na unidade.

Não foram identificadas falhas assistenciais, eventos adversos relacionados ao cuidado, atrasos terapêuticos ou oportunidades de intervenção capazes de alterar o desfecho clínico. Os casos encontram-se compatíveis com evolução natural das patologias de base e condições clínicas à admissão. Destes óbitos, 01 (um) era jovem e os demais acima de 70 anos. Observou-se maior ocorrência de óbitos em idosos principalmente com 70 anos ou mais, mantendo o perfil de maior mortalidade em faixas etárias avançadas. Esses dados reforçam a necessidade de monitoramento e alinhamento com a rede de atenção e disponibilidade de leitos de retaguarda. Referente ao gênero dos pacientes que evoluíram para óbito 03 (três) pessoas do gênero feminino (cisgênero) e 02 (dois) pessoas do gênero masculino (cisgênero).

As liberações dos óbitos foram distribuídas da seguinte forma: 03 (três) DO – Declaração de Óbito e 02 (dois) SVO – Serviço de Verificação de Óbitos. Os diagnósticos dos óbitos considerados não institucionais foram fechados imediatamente. Logo após, foi elucidado pelo Presidente desta comissão que os óbitos ocorridos em Abril e revisados no mês em curso, utilizando como ferramenta de avaliação o formulário de revisão e análise de óbitos (anexo 1). Evitabilidade ou óbito a esclarecer: trata-se de um agravo ou situação, prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis a identificação e a intervenção acertada. Óbitos a esclarecer, referem-se àqueles que poderiam ter sido prevenidos por meio de intervenções adequadas em saúde pública, cuidados médicos e estilos de vida. Isso inclui mortes


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



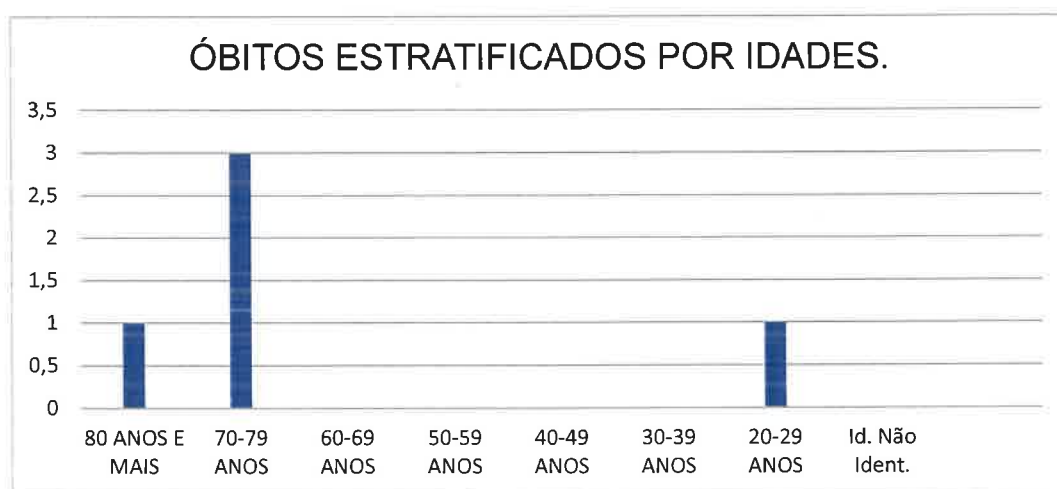
RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



resultantes de doenças que têm tratamentos eficazes ou que poderiam ser prevenidas com medidas de saúde pública. Causas comuns, Doenças crônicas (como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares); Infecções preveníveis por vacina (como sarampo, rubéola); Acidentes e lesões; Causas sociais e econômicas (pobreza, acesso limitado à saúde). Óbitos Não Evitáveis são aqueles que ocorrem independentemente de intervenções médicas. Esses podem incluir mortes decorrentes de processos naturais, condições genéticas, ou condições de saúde que não poderiam ser prevenidas ou tratadas eficazmente. Causas Comuns Doenças terminais (ex: câncer em estágios avançados) Condições genéticas que não têm cura Envelhecimento natural-Acidente ou trauma irreversível

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos_Evitaveis_5_a_74_anos.pdf



LEGENDA; óbitos estratificados por idades, coletados do formulário de revisão e análise de óbitos.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



Quadro 01 - Distribuição Mensal de óbitos evitáveis e não evitáveis

Mês	Óbito à Esclarecer	Óbito Não Evitável	Total	% Óbito à Esclarecer	% Não evitável
Janeiro	05	03	08	62,5%	37,5%
Fevereiro	01	09	10	10%	90%
Março	00	09	09	00%	100%
Abril	00	05	05	00	100%
Maio					
Junho					
Julho					
Agosto					
Setembro					
Outubro					
Novembro					
Dezembro					

Quadro 1: Observa-se ao longo do período, uma redução progressiva dos óbitos classificados como “a esclarecer”. Em contrapartida, houve predomínio crescente de óbitos classificados como não evitáveis.

Esse resultado indica melhoria na definição e investigação dos casos, além de sugerir que os óbitos ocorridos estavam relacionados, majoritariamente, à gravidade clínica dos pacientes atendidos.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000039



RELATÓRIO MENSAL
COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



ANEXO I

Formulário de Revisão e Análise de Óbitos

Nome do Paciente:		Reg:	
DATA DE ADMISSÃO:	____ / ____ / ____	DATA DO ÓBITO:	____ / ____ / ____
Data de Nascimento:	____ / ____ / ____	Idade:	
LOCAL DO ÓBITO:	Hora do Óbito:		

☐ Declaração de óbito. Informar nº do atestado de óbito: _____

☐ Encaminhamento ao SVO

☐ Encaminhamento ao IML

Médico responsável pela revisão: _____ CRM _____

Diagnósticos da admissão:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Causa da morte (como no atestado):

- A) _____
- B) _____
- C) _____
- D) _____
- E) _____

Médico que assinou a DO: _____ CRM _____

Houve falha ou inconsistência no preenchimento da DO?

SEM FALHA ()

COM FALHA ()

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



- ☐ Causa imediata vaga (PCR, FMO)
- ☐ Letra ilegível, rasuras, abreviações
- ☐ Preenchimento incompleto de dados
- ☐ Identificação incorreta do paciente
- ☐ Outros: _____

Orientações para o preenchimento: Faça a revisão do prontuário do paciente e responda cada uma das perguntas da coluna "sim" ou "não" apropriada até chegar a uma decisão justificada (J) ou injustificada (?). Apresente os motivos das respostas.

Nº	Perguntas	Respostas				Motivos
		Sim	Vá para	Não	Vá para	
01	Era um caso terminal, irreversível?	()	J	()	2	
02	A morte foi devido a uma causa ou complicação esperada?	()	3	()	7	
03	Estavam disponíveis medidas para evitar a causa?	()	4	()	7	
04	As medidas para evitar a causa foram tomadas?	()	5	()	6	
05	As medidas tomadas foram adequadas e na hora certa?	()	7	()	?	
06	O paciente ou seu responsável quis que as medidas para evitar a causa fossem tomadas? (Sim, se não houver registro contrário no prontuário)	()	?	()	7	
07	É possível que manifestações da causa pudessem ter sido reconhecidas antes?	()	8	()	11	
08	Há registro no prontuário de manifestações da causa?	()	9	()	11	

UPA SANTO ANTONIO
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



09	As manifestações das causas foram reconhecidas/comunicadas como evidência do desencadeamento da morte?	()	10	()	11	
10	Há razoável evidência de que o diagnóstico feito ou o problema identificado estavam de acordo com os achados?	()	12	()	?	
11	Foi reconhecida a presença da causa?	()	13	()	?	
12	O diagnóstico era tratável?	()	13	()	J	
13	O tratamento foi efetuado na forma e tempo corretos?	()	J	()	?	
J	Óbito justificado					
?	Óbito inesperado					

Resumo do caso:

Descrever dificuldades na análise do caso/eventos adversos (qualquer evento que causou ou poderia causar dano ao paciente):

UPA SOTATE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



PARECER DA COMISSÃO DE ÓBITO:

Classificação do Óbito:

☐ **Óbito justificável.** (Quando a condução do atendimento ao paciente foi realizada de forma adequada)

☐ **Óbito não justificável.** (Quando foram identificadas não-conformidades técnicas e/ou operacionais no atendimento)

☐ **Óbito inconclusivo.** (Quando não é possível o enquadramento nas categorias anteriores e por impossibilidade de o avaliador chegar a uma conclusão)

Conclusão:

☐ **Encerrada análise.**

☐ **Proceder com análise na reunião do Núcleo de Segurança do Paciente.**

Data: __/__/__.

Ass: _____
Médico responsável pela Comissão de óbito

1. Marmot, M. et al. (2010) - "Fair society, healthy lives: The Marmot Review". Este relatório aborda as desigualdades em saúde e apresenta dados sobre como intervenções podem reduzir mortes evitáveis.
2. World Health Organization (WHO, 2021) - "Global Health Estimates: Leading causes of death". Este relatório fornece estatísticas sobre as principais causas de morte e discute a prevenção.
3. González, M. & Capriles, V. (2019) - "Evitable deaths: an indicator of health inequities in Latin America". Public Health Reviews, 40(1), 1-13. Este artigo discute o conceito de óbitos evitáveis em contextos latino-americanos e sugere indicadores para análise.
4. Lund, E. (2017)** - "What are avoidable and unavoidable deaths? A review of the literature". Scandinavian Journal of Public Health, 45(2), 136-143. Este artigo discute a distinção entre óbitos evitáveis e não evitáveis e critica as metodologias de avaliação.
5. Field, M. J. & Gold, M. R. (1999)** - "Summarizing Population Health: Directions for the Future". National Academies Press.

Jaboatão dos Guararapes, 07 de maio de 2026.


 Dr. Antônio Marcelo C. Carvalho Junior
 PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÓBITOS

Dr. Marcelo Carvalho
 Diretor Médico
 CRM 33.739
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



Área Emitente: Comissão de Revisão de Prontuários	Responsável pela Emissão: Antônio Marcelo carvalho	Data da Emissão: 07/05/2026
---	--	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Reunião de Alinhamento da Comissão de Revisão de Prontuários	REDATOR: Antônio Marcelo Carvalho	DATA: 07/05/2026	INICIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h30min
---	---	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

PAUTA

Exposição dos dados tabulados, apresentação de conformidades e não conformidades.

PARTICIPANTES

NOME	STATUS (presente/ausente)	ASSINATURA
Antônio Marcelo C. Carvalho Junior	presente	
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	
Jacyara Maria R. Do Nascimento	Presente	
Larissa Oliveira	ONLINE	
Rafaelly Melo	AUSENTE	

ATA DA REUNIÃO

ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Exposição dos dados tabulados	Antônio Marcelo Carvalho
2	Entrega de Notificação de inconformidade à coordenação de enfermagem	Jacyara Nascimento
3	Entrega de Notificação de inconformidade à coordenação médica	Jacyara Nascimento
4	Elaboração de Relatório e Ata de Reunião	Gisele Tenório
5	Elaboração de gráficos (tabulação de dados)	Gisele Tenório

UPA SANTOS
Ináida Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



RELATÓRIO MENSAL

A Comissão de Prontuário é uma estrutura essencial nas instituições de saúde, responsável por garantir a qualidade, segurança e conformidade legal dos registros clínicos. É fundamental para assegurar que o prontuário cumpra seu papel como documento legal, assistencial, ético e gerencial, contribuindo diretamente para a segurança do paciente, a qualidade assistencial e a responsabilidade institucional. Nesta análise, apresentamos os dados coletados ao longo do período de 01 a 30 de abril de 2026, destacando aspectos fundamentais que contribuem para a melhoria da assistência à saúde.

Neste mês de abril, foram auditados 10% dos prontuários, arredondados para 431, do universo de 4.308 atendimentos realizados. Através dos registros multiprofissionais, buscamos identificar oportunidades de melhoria que possam aprimorar a qualidade do atendimento. A análise dos prontuários não apenas permite avaliar a conformidade com as práticas recomendadas, mas avaliar se a assistência prestada ao paciente foi segura, adequada, completa e conforme os protocolos institucionais, além de identificar oportunidades de melhoria nos processos do cuidado. De forma mais clara, a análise de prontuários tem como objetivos principais: Verificar a qualidade dos registros (elegibilidade, completude, clareza, datas, horários, identificação do profissional e do paciente); Garantir a segurança do paciente, identificando falhas como erros de identificação, omissões de registros, falhas na prescrição, administração de medicamentos e procedimentos; Avaliar a conformidade legal e ética (o prontuário é um documento legal, em sua análise verificamos se atende às exigências normativas e legais); Promover a melhoria contínua da assistência com base em evidências reais do cuidado prestado.

Durante a avaliação, por meio dos formulários específicos (anexo 1), foram avaliados 431 prontuários ressaltando os principais itens dos registros assistenciais. Constatou-se que: Nas evoluções médicas das especialidades de clínica médica e pediatria, apresentaram 322 conformidades (74,71%) e 109 não se aplica (25,29%), compatíveis com atendimentos que não demandaram evolução médica formal; Sobre a impressão do boletim de atendimento inicial (ficha de rosto) foram identificados 426 registros conformes (98,84%) e 25 não conformes (5,80%). Ressalta-se que este item apresentou maior número de não conformidades, relacionadas principalmente à ausência ou incompletude de dados obrigatórios, impactando na segurança do paciente. Observa-se um aumento de 14 casos em relação ao mês anterior, havendo um crescimento considerado, indicando piora na qualidade do preenchimento; Em relação a Prescrição médica, foram registrados 396 prontuários conformes (91,88%) e 35 não se aplica (8,12%), demonstrando adequada adesão à prescrição quando necessária; As evoluções de enfermagem e serviço social, permanecem sem nenhuma não conformidade.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



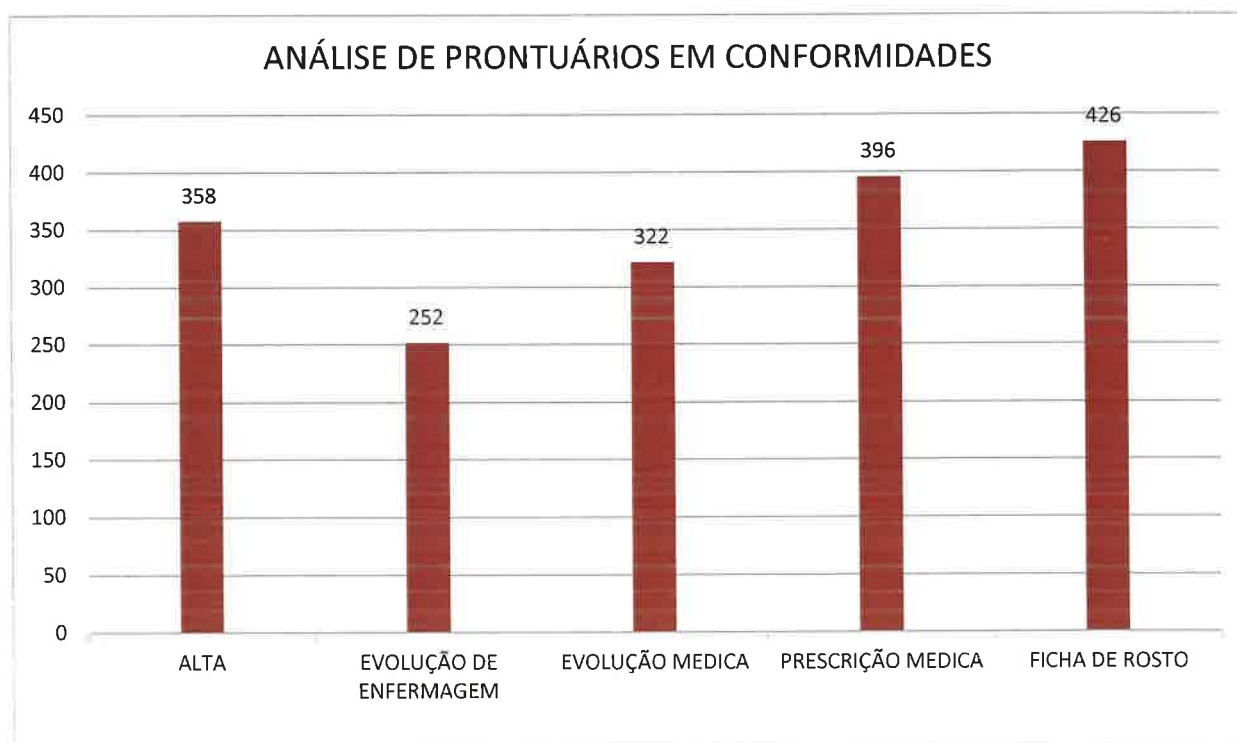
RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



Os dados evidenciam bom nível de conformidade nos registros assistenciais. No que se refere as altas, no mês de abril observou-se uma redução de 83,1% no número de altas conformes e aumento expressivo de 16,9% nas não conformidades, evidenciando piora na qualidade dos registros no período analisado. Embora o volume total de altas tenha diminuído, a proporção de conformidade diminuiu, mostrando que houve um aumento das falhas nos registros. O indicador permanece em monitoramento contínuo, com manutenção das estratégias da Educação Permanente e auditoria prospectiva, visando consolidação da melhoria e prevenção de recorrência.

Gráfico 1 - Dados de análise de prontuário que visam aferir a qualidade.



Os resultados das auditorias de prontuários foram apresentados e discutidos em reunião, junto à Direção Médica e Direção Assistencial, analisando as não conformidades identificadas no período. Durante a reunião, foram avaliadas as principais fragilidades relacionadas ao preenchimento documental, reforçando a importância da qualidade dos registros assistenciais para a segurança do paciente e rastreabilidade das informações. Como oportunidades de melhoria, foram pactuadas ações voltadas ao fortalecimento das orientações às equipes assistenciais, reforço das rotinas institucionais de registro em prontuário e manutenção do monitoramento contínuo do indicador, visando redução das não conformidades e padronização dos processos assistenciais. A disposição destes em colaborar com a equipe para corrigir essas questões foi evidente, especialmente no que diz respeito à importância de

UPA SOTAVIA
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS

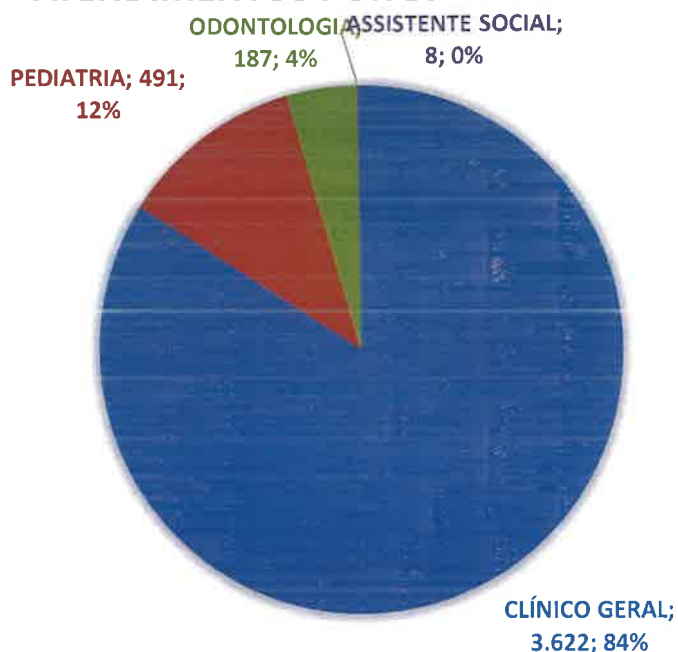


carimbar e assinar todos os documentos do prontuário, considerando que ainda não dispomos de um sistema com certificação eletrônica.

O gráfico abaixo detalha os atendimentos nas especialidades de clínica geral, pediatria, serviço social e odontologia. Observou-se redução significativa no volume total de atendimentos neste mês de abril. O perfil de atendimento manteve-se estável, com predominância da Clínica Médica. Houve discreta redução proporcional na Clínica médica e Pediatria, sem impacto relevante na estrutura assistencial. Destaca-se o aumento proporcional de atendimentos da Odontologia. Esse crescimento está diretamente relacionado ao restabelecimento do funcionamento do equipamento, após o conserto do compressor, possibilitando a retomada dos atendimentos de urgência de maior complexidade. Em relação aos atendimentos do Serviço Social, apresentou um discreto crescimento, mantendo baixa representatividade assistencial.

Conclui-se que, apesar da redução expressiva no número total de atendimentos em relação ao mês anterior, o perfil assistencial da unidade manteve-se estável. As variações observadas foram discretas, com destaque para o aumento proporcional da odontologia.

GRÁFICO REFERENTE A QUANTIDADES DE ATENDIMENTOS POR ESPECIALIDADES



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS	
---	---	---

Anexo 01 – Formulário de Avaliação de Prontuários

DESCRIÇÃO	CONFORME C	NÃO CONFORME NC	NÃO SE APLICA N/A
Identificação do Paciente (Ficha de rosto)	426	25 (Prontuários sem a ficha de rosto devido aos pacientes levarem)	---
Prescrição Médica	396	00	35 (Atendimentos nos quais não houve indicação clínica de prescrição medicamentosa)
Evolução Médica	322	00	109 (Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA após melhora).
Evolução da Enfermagem	313	00	97 (Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA após melhora).
Evolução da Assistência Social	30	00	401 (Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA após melhora).
Triagem Nutricional	00	---	---
Alta	358	73 (Considerando que as não conformidades foram alta sem carimbo e retriagem)	---

Este formulário de avaliação de prontuário teve como objetivo detalhar as conformidades, não conformidades e os casos em que determinados critérios não se aplicaram, garantindo uma análise criteriosa da qualidade do registro e da assistência prestada. No total, foram avaliados prontuários, com os seguintes resultados:

- Identificação do paciente:** Durante o período avaliado, observou-se conformidade de 98,08% no indicador de identificação segura do paciente, evidenciando boa adesão das equipes assistenciais às práticas seguras preconizadas pelo NSP, mantendo controle do risco relacionado à identificação inadequada. O resultado sugere impacto positivo das orientações previamente realizadas junto à equipe assistencial em relação aos pacientes.


 UPA SANTO ANTONIO
 Inalda Santos
 Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL**COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**

Diante do exposto, continuaremos monitorando e reforçando as orientações ao corpo assistencial, sensibilizando quanto à importância da folha de rosto para a rastreabilidade e segurança do paciente e monitoramento contínuo do indicador nos meses subsequentes.

- **Prescrições médicas:** No mês de abril, dos 431 prontuários avaliados, não foram identificados não conformidades, resultando uma taxa de conformidade de 100%, demonstrando adesão das equipes assistenciais às boas práticas relacionadas à segurança na Prescrição médica.
- **Evolução médica:** Observa-se melhora do indicador, atingindo conformidade máxima de 100% no período avaliado, evidenciando adesão das equipes assistenciais aos protocolos institucionais e fortalecimento das práticas de segurança do paciente.
- **Evolução de enfermagem:** No período avaliado, observa-se manutenção do desempenho máximo do indicador, mantendo conformidade de 100%, evidenciando adequada adesão da equipe de enfermagem aos padrões institucionais de registro assistencial e às práticas de segurança do paciente.
- **Evolução do serviço social:** Em abril, foram 30 conformes (7%) e 401 classificados como “não se aplica” (93%). Observou-se aumento dos registros de conformidade. E em relação as evoluções classificadas como não se aplica se dá ao período de permanência desses pacientes ser inferior a 12 horas.
- **Nutrição:** No mês em análise, a auditoria de prontuários não contemplou as evoluções nutricionais, considerando o afastamento da nutricionista por motivo de saúde. A situação foi classificada como limitação operacional temporária, não impactando a análise dos demais registros multiprofissionais. A avaliação será retomada após o retorno da profissional.
- **Alta:** 358 apresentaram conformidade com taxa de 83,1% e 16,9% de não conformidade. Isto demonstra que apesar da maioria dos prontuários esteja adequada, ainda há um percentual relevante de inconsistências, podendo impactar a qualidade da assistência, a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Com base na análise dos prontuários avaliados, recomenda-se a adoção das seguintes ações para aprimorar a qualidade dos registros e garantir maior segurança e eficiência nos processos assistenciais:

UPA S3
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL**COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**

- **Evolução Médica-** Apesar do alto nível de adesão aos critérios estabelecidos, como estratégia de melhoria contínua, podemos investir na qualificação do conteúdo dos registros, auditorias qualitativas e educação permanente, visando não apenas a manutenção dos resultados, mas o aprimoramento da qualidade assistencial e da segurança do paciente.
- **Evolução de Enfermagem-** Fortalecimento da padronização dos registros, capacitação das equipes e intensificação do monitoramento. O foco deve estar na completude e qualidade das informações registradas.
- **Serviço Social-** É fundamental garantir o correto acionamento e registro dos casos pertinentes, distinguindo adequadamente situações de “não se aplica” das não conformidades reais.
- **Nutrição-** No mês em análise, a auditoria de prontuários não contemplou as evoluções nutricionais, considerando o afastamento da nutricionista por motivo de saúde. A situação foi classificada como limitação operacional temporária, não impactando a análise dos demais registros multiprofissionais. A avaliação será retomada após o retorno da profissional
- **Alta Administrativa-** Para melhoria do processo das altas, implementar checklist padronizado, qualificação dos registros e fortalecimento da atuação multiprofissional. Além disso, destaca-se a importância de capacitações contínuas e auditorias sistemáticas, visando reduzir as não conformidades e garantir a segurança do paciente e a continuidade do cuidado.

As ações propostas visam fortalecer a qualidade dos registros assistenciais, garantir a rastreabilidade das informações e reduzir não conformidades relacionadas ao processo de alta, contribuindo diretamente para a segurança do paciente e melhoria contínua da assistência. A presente avaliação permitiu identificar pontos fortes, como a total conformidade nas prescrições médicas, bem como áreas que requerem atenção e intervenção imediata.

Jaboatão dos Guararapes, 07 de maio de 2026.

Dr. Antônio Marcelo C. Carvalho Junior
Coordenador Médico – CRM 33.739

Dr. Marcelo Carvalho
Diretor Médico
CRM 33.739
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000050

	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA	
---	--	---

Área Emitente: Direção Assistencial	Responsável pela Emissão: Ivana Barbosa	Data da Emissão: 07/05/2026
---	---	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Comissão de Farmácia e Terapêutica	REDATOR: Ivana Barbosa	DATA: 07/05/2026	INÍCIO: 14h00min	TÉRMINO: 15h30min
---	----------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

PAUTA
Exposição dos pontos de atuação da farmacia e junto ao corpo médico e enfermagem

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (presente/ausente)	ASSINATURA
Ivana Albuquerque da Silva Barbosa	Presente	Ivana Barbosa
Antônio Marcelo Cordeiro de Carvalho Junior	Presente	Antônio Cordeiro
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	Danielly Carneiro
Luciana Cristina Cardoso dos Anjos	Presente	Luciana Cardoso
Inalda Santos	Presente	Inalda Santos
Rafaelly Monike Marques Melo	Ausente	Rafaelly Melo
Gisele Barbosa Tenório	Presente	Gisele Tenório

ATA DA REUNIÃO		
ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Indicadores	Ivana
2	Acompanhamento do perfil de pacientes atendidos na unidade	Ivana

UPA SETOR
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



RELATÓRIO MENSAL

A comissão de farmácia e terapêutica é extremamente importante porque atua como um órgão de orientação e supervisão no uso racional de medicamentos dentro de uma instituição de saúde. Aos sete dias do mês de Maio de dois mil e vinte e seis, às 14:00 horas, na sala de reunião da Unidade de Pronto Atendimento - Sotave, situada na rua Maracanã 31, Jaboatão dos Guararapes, reuniu-se a Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT. Presentes os membros: Ivana Barbosa (Farmacêutica RT), Inalda Santos (Diretora Geral), Danielly Tomaz (enfermeira CCIH e enfermeira da educação continuada), Drº Marcelo Cordeiro (coordenador médico), Rafaelly Monike (Diretora Assistencial) e Gisele Barbosa (supervisora de enfermagem). Com objetivo de apresentar as ações desenvolvidas, avaliar e analisar seu desempenho.

Indicadores.

Empréstimo

Este indicador tem como objetivo apresentar análise dos empréstimos da unidade, esclarecendo que, dentro do valor total apresentado, estão incluídas entradas e saídas registradas como "empréstimo de nota fiscal", motivadas por divergências que impossibilitam a realização imediata da entrada formal da nota no sistema. Sendo assim o indicador de empréstimo contempla os empréstimos concedido e recebidos de outras unidades, movimentações classificadas como empréstimo de nota fiscal, realizadas quando há inconsistências que impedem o lançamento regular da NF, desta forma a parte do valor atribuído ao indicador não corresponde exclusivamente a empréstimos assistenciais propriamente ditos, mas sim a ajustes operacionais temporários. Nesses casos, o material já se encontra fisicamente na unidade ou já foi utilizado, porém a nota fiscal não pode ser formalmente lançada no sistema até a regularização da pendência.

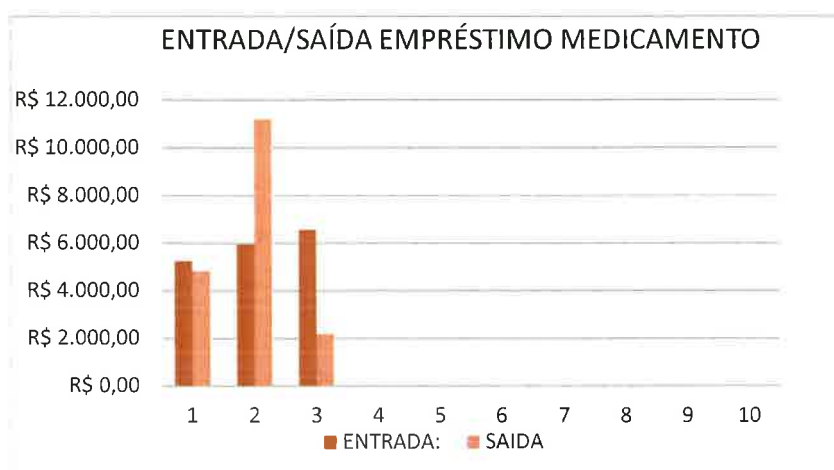


Gráfico 1: Movimentação de empréstimo de medicamentos

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

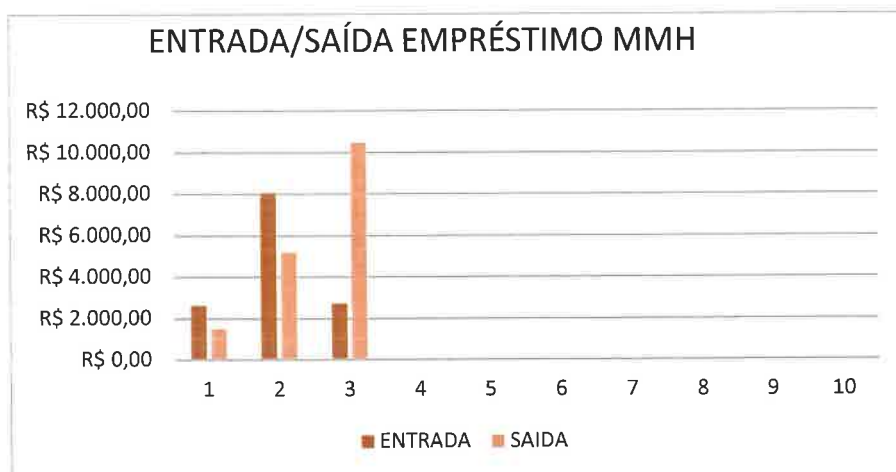


Gráfico 2: Movimentação de empréstimo de MMH



Gráfico 3: Movimentação de empréstimo de Material de Segurança

MARÇO				
ENTRADA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R\$6.559,15	R\$ 2.715,93	R\$00,00	R\$00,00
SAÍDA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R\$2.173,39	R\$10.456,17	R\$00,00	R\$00,00

Tabela 1: Valores de entrada/saída de empréstimo total

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000053

	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA	
---	---	---

Se desconsiderarmos estas movimentações de entrada e saída devido as pendências de ajustes de Notas Fiscais os valores reais dos empréstimos ficam conforme a tabela abaixo:

MARÇO				
ENTRADA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R\$ 6.491,25	R\$ 1.596,02	R\$00,00	R\$00,00
SAÍDA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R\$ 2.117,62	R\$ 9.065,68	R\$00,00	R\$00,00

Tabela 2: Valores de entrada/saída de empréstimo sem contabilizar os empréstimos realizados de fornecedor

Neste relatório, estaremos apresentado a movimentação do mês de Março de 2026.

Indicador de Quebras

Analisamos as perdas decorrentes de duas naturezas principais: vencimento de validade e quebra física dos materiais. O monitoramento contínuo desses indicadores é essencial para garantir a segurança do paciente, a integridade do estoque e a eficiência operacional da unidade.

1. Perdas por Validade

As perdas por validade representam itens que ultrapassaram o prazo de utilização e, por isso, precisaram ser descartados.

2. Perdas por Quebra

As perdas por quebra referem-se a itens danificados durante o manuseio, armazenamento ou transporte interno, impossibilitando seu uso.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Valores Quebras	R\$ 136,30	R\$ 175,43	R\$ 303,99							
Valores Validade	R\$ 74,79	R\$ 422,58	R\$ 713,34							
Valor total	R\$ 211,1	R\$ 598,00	R\$ 1.017,00							

Tabela 3: Perdas


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

000054



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



Gráfico 4: Perdas

No período avaliado, foi identificado um valor de perdas por quebra de R\$ 1.017,00 frente a um estoque total de R\$ 61.452,38. Esta quebra representa 1,65% do estoque total. Do montante da quebra analisamos que R\$ 713,34 (70%) referem-se a perdas por validade vencida e R\$ 303,99 (30%) correspondem a perdas por quebra física.

Sob o aspecto financeiro, o percentual de 1,65% é considerado baixo frente ao volume total estocado, indicando que, de modo geral, o controle de estoque apresenta estabilidade e eficiência. No entanto, a análise qualitativa demonstra que a maior parte das perdas está relacionada à movimentação de baixa no sistema devido a validade deles.

Acompanhamento do perfil de pacientes atendidos na unidade

O acompanhamento contínuo do perfil da unidade é uma ferramenta pois permite compreender o comportamento da demanda, o perfil epidemiológico dos pacientes e os impactos diretos sobre o abastecimento e a qualidade da assistência prestada.

A análise periódica dos atendimentos possibilita identificar tendências de sazonalidade, aumento de determinadas patologias e crescimento do consumo de medicamentos e materiais, favorecendo um planejamento mais assertivo das compras e da programação de estoque.

Além disso, o monitoramento do perfil da unidade contribui para a tomada de decisões baseada em indicadores, permitindo ajustes operacionais mais rápidos e eficientes. O acompanhamento também fortalece a segurança do paciente, uma vez que auxilia na padronização de processos, no direcionamento de treinamentos e na revisão de protocolos conforme as principais demandas observadas na assistência.

Outro ponto relevante é que essa análise favorece uma melhor comunicação entre os setores, alinhando necessidades assistenciais, administrativas e logísticas, o que impacta diretamente na organização do serviço e na continuidade do cuidado.

Portanto, acompanhar o perfil da unidade não se limita apenas ao controle de dados, mas representa uma importante ferramenta de planejamento e melhoria contínua, garantindo maior eficiência operacional e melhor qualidade no atendimento prestado à população.

UPA SOTAVE
Inalva Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



Os dados coletados refere-se ao mês de Março de 2026, são eles:

- Especialidade Médica:**



Especialidade	QTDE
Clinica Geral	4.744
Pediatria	678
Odontologia	170
Assistência Social	5

Gráfico 5: Especialidade Medica Março 2026

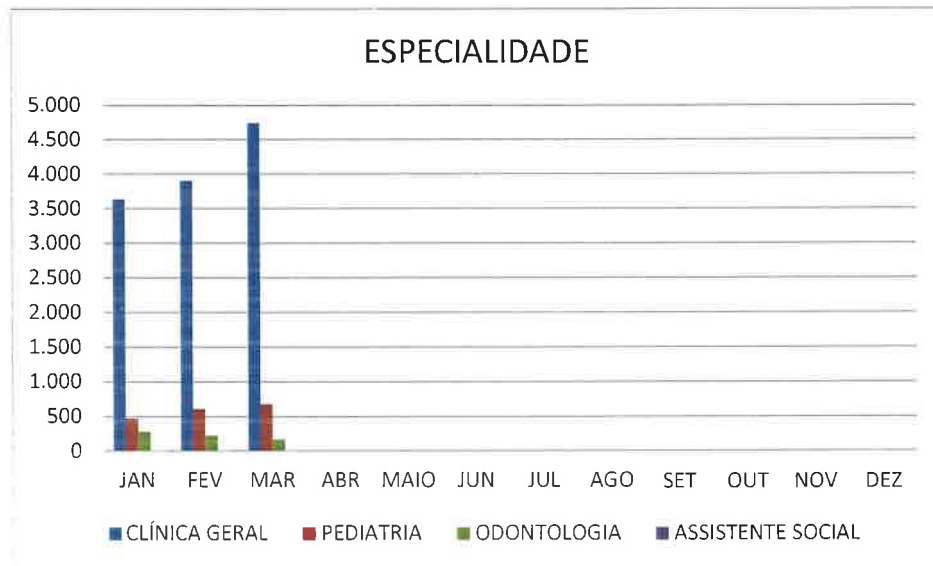


Gráfico 6: Comparativo das Especialidades Médicas

O número de atendimentos apresentou aumento significativo de 4.743 em fevereiro para 5.597 em março, correspondendo a um crescimento de aproximadamente 18%. Além disso, ambos os meses já se encontram acima da projeção mensal da UPA, que é de 4.500 atendimentos, sendo março cerca de 24% superior ao esperado.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



Esse cenário evidencia uma demanda assistencial acima da capacidade planejada da unidade, o que pode impactar diretamente diversos processos, como tempo de espera, sobrecarga das equipes, consumo acelerado de insumos e medicamentos, além de maior pressão sobre o abastecimento e a logística interna.

O aumento expressivo em março sugere possível sazonalidade, agravamento de quadros epidemiológicos ou até mesmo maior procura espontânea pela unidade.

• Classificação de Risco



Classificação de Risco	QTDE
Vermelho	55
Laranja	60
Amarelo	1.059
Verde	4.417
Azul	14

Gráfico 7: Classificação de Risco

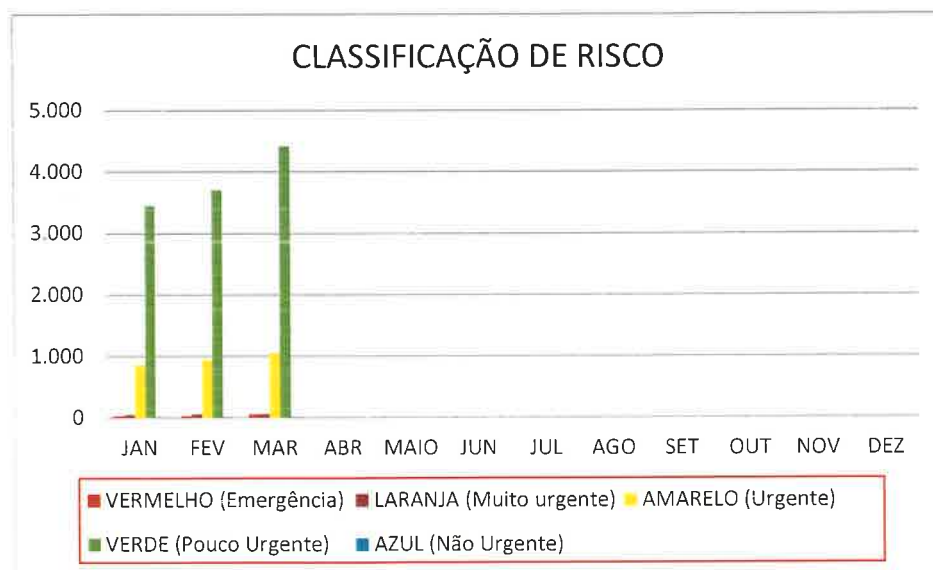


Gráfico 8: Comparativo da Classificação de Risco

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



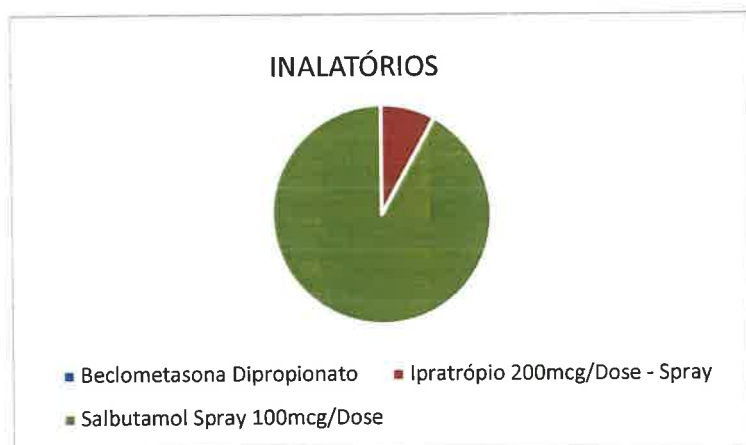
RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



Observa-se aumento no número de atendimentos classificados por risco no mês de março em comparação a fevereiro, fato que já era esperado considerando o crescimento da demanda assistencial no período. Entretanto, mantém-se o padrão previamente identificado no perfil assistencial da unidade, com predominância de atendimentos classificados como verde, ou seja, casos de menor urgência clínica.

• Inalatórios



INALATÓRIOS	QTDE
Beclometasona Dipropionato	0
Ipratropio 200mcg/Dose - Spray	6
Salbutamol Spray 100mcg/Dose	69

Gráfico 9: Inalatórios

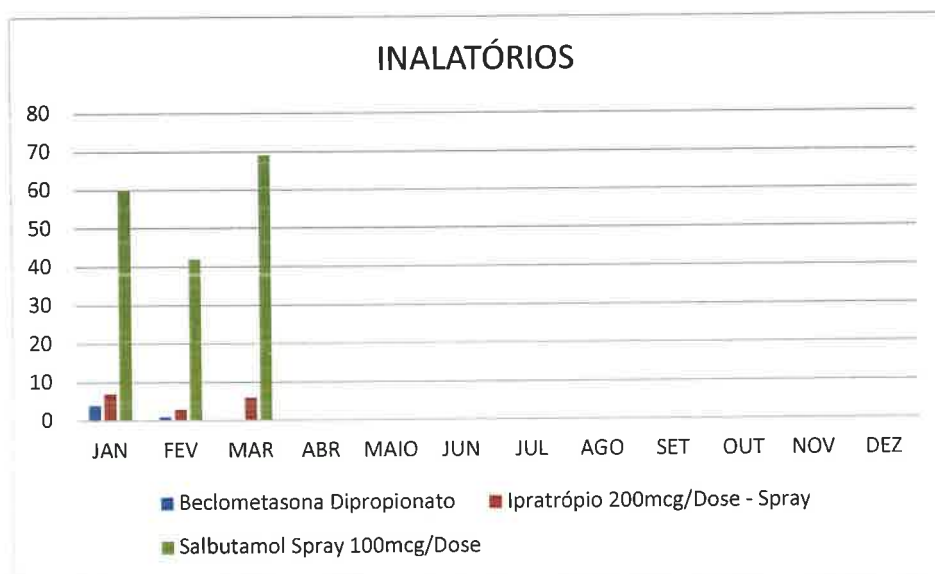


Gráfico 10: Comparativo de Inalatórios

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



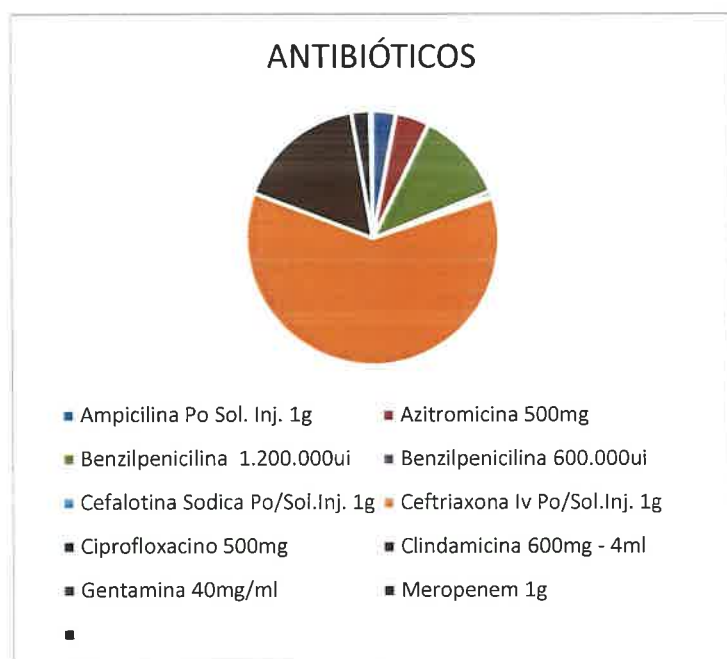
RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



Se compararmos os três primeiros meses analisados, observamos que houve um aumento no consumo dos medicamentos utilizados por inalação, aumento sugere possível sazonalidade e agravamento de quadros epidemiológicos.

• Antibióticos utilizados



ANTIBIÓTICOS	QTDE
Ampicilina Po Sol. Inj. 1g	39
Azitromicina 500mg	56
Benzilpenicilina 1.200.000ui	149
Benzilpenicilina 600.000ui	8
Cefalotina Sodica Po/Sol.Inj. 1g	3
Ceftriaxona Iv Po/Sol.Inj. 1g	783
Ciprofloxacino 500mg	0
Clindamicina 600mg - 4ml	213
Gentamina 40mg/ml	0
Meropenem 1g	30

Gráfico 11: Antibióticos

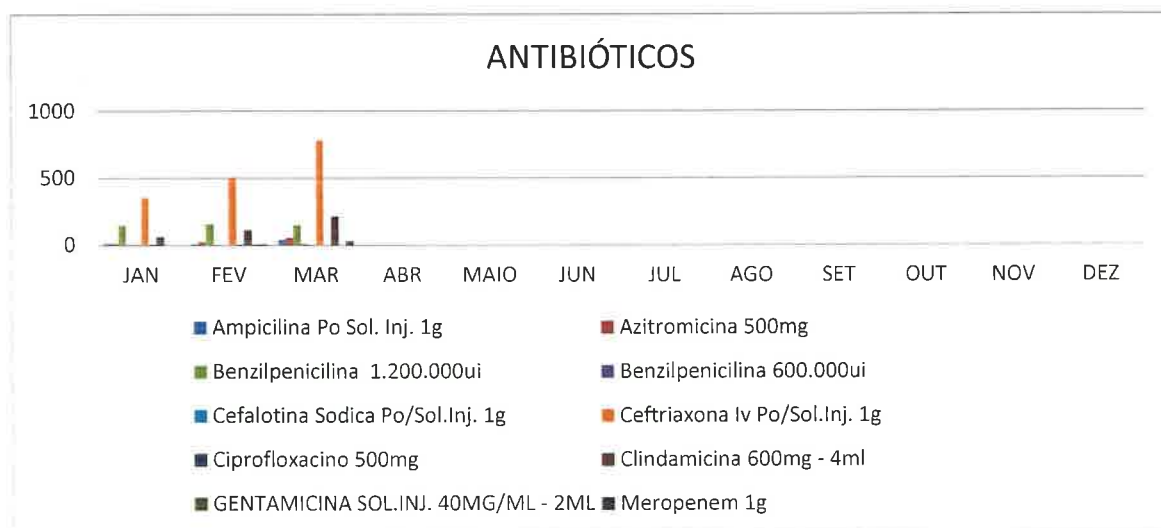


Gráfico 12: Comparativo de Antibióticos

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



Observou-se aumento no consumo de ampicilina, este predominante na pediatria, ceftriaxona 1g e azitromicina 500mg durante o mês de março, o que pode estar relacionado à sazonalidade de doenças infecciosas, especialmente as infecções respiratórias, que tendem a se intensificar nesse período.

A elevação do uso desses antimicrobianos sugere maior incidência de quadros clínicos como pneumonias, otites, amigdalites e outras infecções bacterianas, com destaque para a população pediátrica no caso da ampicilina. A ceftriaxona, por ser um antibiótico de amplo espectro e frequentemente utilizado em casos moderados a graves, e a azitromicina, comumente prescrita em infecções respiratórias, reforçam essa hipótese epidemiológica.

No entanto, é importante considerar que o aumento do consumo também pode estar associado a outros fatores, como o crescimento no número de atendimentos no período; Diante disso é importante que haja um monitoramento mais rigoroso do consumo de antimicrobianos reforçando as diretrizes de uso racional de antibióticos junto à equipe médica;

De forma geral, o aumento observado é compatível com um padrão sazonal, porém deve ser acompanhado de perto para garantir o uso adequado dos antimicrobianos e evitar impactos negativos assistenciais e logísticos

• Psicotrópicos



PSICOTROPICOS	QTDE
Diazepam Comp. 5mg	148
Diazepam Sol.Inj. 5mg/MI - 2ml	41
Etomidato 2mg / MI Sol Inj 10ml	7
Fenitoina Sol.Inj. 250mg - 5ml	2
Fentanila 0,05mg/MI - 10ml	48
Flumazenil Sol.Inj. 0,5mg - 5ml	1
Haloperidol Sol. Inj. 5 Mg/MI Amp.	12
Midazolam . 5mg/MI - 10ml	53
Midazolam 5mg/MI - 3ml	4
Morfina Sulfato . 10mg/MI	48
Morfina Sulfato 1mg/MI 2ml	3
Propofol Sol.Inj. 10mg/MI - 20ml	12
Tramadol Sol.Inj. 100mg/2ml	350
Tramadol Sol.Inj. 50mg - 1ml	34

Gráfico 13: Psicotrópicos

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000060



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



PSICOTRÓPICOS

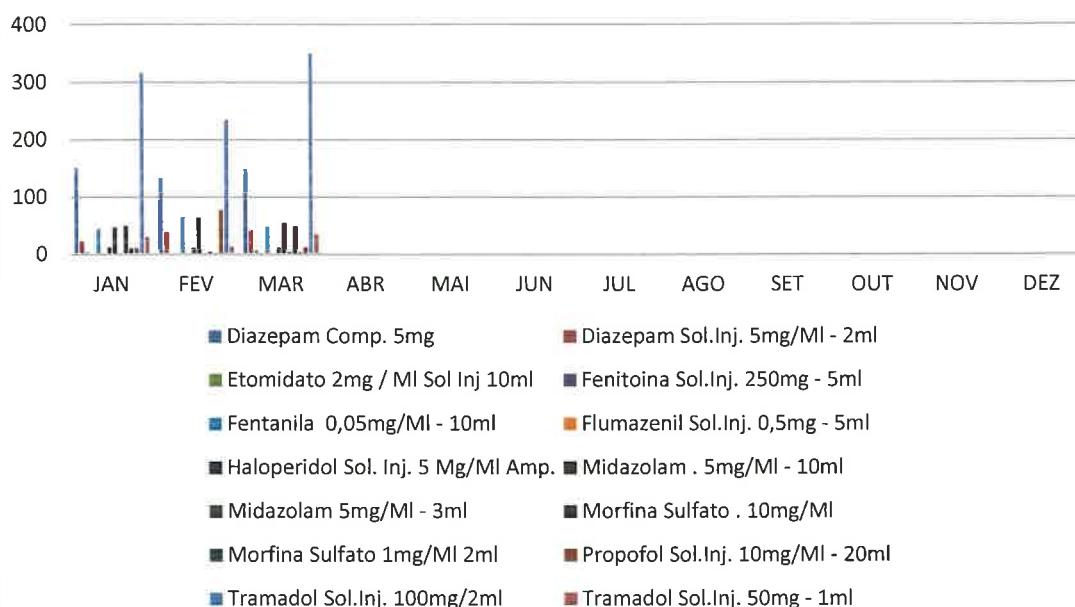


Gráfico 14: Comparativo de Psicotrópicos

Observa-se que o consumo de medicamentos psicotrópicos no período avaliado manteve-se dentro do padrão esperado para o perfil assistencial da unidade, sem variações significativas que indiquem uso indiscriminado ou desvio de tendência histórica.

A análise do perfil assistencial — incluindo número de atendimentos, principais diagnósticos, faixa etária predominante, consumo de medicamentos e insumos — permite compreender o comportamento da demanda e antecipar necessidades. Por exemplo, a identificação de aumento de doenças respiratórias em determinados períodos possibilita ajustes prévios no abastecimento de antibióticos e medicamentos sintomáticos.

Jaboatão dos Guararapes, 07 de Maio de 2026.

Ivana Albuquerque da Silva Barbosa
Responsável Técnica – CRF/PE: 03224

 **Inalda Santos**
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000061



RELATÓRIO MENSAL

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE



Área Emitente: Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade	Responsável pela Emissão: Gisele Tenório	Data da Emissão: 07/05/2026
--	--	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Reunião de Alinhamento do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade	REDATOR: Gisele Tenório	DATA: 07/05/2026	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h:30min
--	-----------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------

PAUTA
Planejamento do Núcleo de Segurança do Paciente – Mês: abril

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (Presente/ Ausente)	ASSINATURA
Antônio Marcelo Carvalho	Presente	
Camila Marques	Ausente	
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	
Gisele Tenório	Presente	
Inalda Santos	Presente	
Luciana Cardoso	Presente	
Ivana Barbosa	Presente	
Rafelly Melo		

ATA DA REUNIÃO		
ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Notificações realizadas no mês de outubro	NSPQ
2	Atividades desenvolvidas	NSPQ

UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
--	---	---

RELATÓRIO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde a um nível mínimo aceitável. A Comissão de Segurança do Paciente (ou Núcleo), tem o papel de planejar, implementar e acompanhar ações que reduzam riscos e evitem danos aos pacientes dentro dos serviços de saúde. Organiza estratégias para que o atendimento seja mais seguro e com menos erro. Tem como função principal, garantir a qualidade e a segurança da assistência em saúde, prevenindo eventos adversos (erros ou danos ao paciente). No Brasil, essa atuação é orientada pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Agência nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dentro do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Este setor nos serviços de saúde tem como objetivo promover e apoiar a implementação de ações voltadas a segurança do paciente.

Através da coleta sistemática de dados, utilizando um formulário específico que abrange as seis metas internacionais, promovemos melhorias na segurança do paciente, conforme estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A utilização desse formulário e o processo de coleta de dados, dar-se início a uma mudança cultural dentro do serviço, onde a segurança do paciente se torna uma prioridade para toda a equipe. A conscientização sobre as seis metas internacionais é fundamental para promover uma cultura de segurança sólida. Todos os dados coletados são analisados regularmente, e os números evidenciados servirão como guia para a prática de enfermagem, orientando ações de melhoria na assistência com foco na segurança do paciente. A análise crítica dos dados permitirá identificar tendências, áreas de risco e oportunidades de intervenção. De acordo com a programação do NEPH - Núcleo de Educação Permanente e Humanização, foi programado para o mês de março a realização das seguintes atividades: Reunião de alinhamento diário entre os setores de NSP e Educação continuada, com objetivo de discutir demandas da unidade, acompanhar ações em andamento e alinhar estratégias voltadas à melhoria dos processos assistenciais, Reunião das Comissões, Treinamento ECG (Capacitação da equipe assistencial), Treinamento de Bombas de Infusão, Protocolos de Acolhimento e Identificação do Paciente, Gestão da Triagem (ACCR Manchester)- PROADI/SUS, Abril Azul: Palestra com tema TEA com Dr. Marcelo Rodrigues.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
--	---	---

A visita multidisciplinar é realizada com o objetivo institucional de promover a qualidade da assistência e fortalecer a segurança do paciente, por meio do alinhamento interdisciplinar das condutas, identificação precoce de riscos assistenciais e planejamento integrado do cuidado, garantindo assistência segura, contínua e centrada no paciente. Durante a visita multidisciplinar, promovemos o cuidado integral, seguro e humanizado ao paciente, por meio da discussão conjunta do plano terapêutico, alinhamento das condutas assistenciais e tomada de decisões compartilhadas entre os diferentes profissionais assistenciais da unidade, visando a melhoria dos desfechos clínicos, otimização do tempo de permanência e redução de riscos e eventos adversos. Definimos os objetivos terapêuticos e ajustamos as condutas para evitar duplicidade de intervenções ou falhas de comunicação, estabelecendo as prioridades de cuidados aos pacientes em um curto e médio prazo. Com isso, podemos identificar precocemente riscos (queda, lesão por pressão, interação medicamentosa) facilitando ações preventivas e correção imediata de problemas.

No período avaliado, o Huddle foi realizado conforme protocolo institucional, reunindo a equipe multiprofissional para discussão rápida dos casos, avaliação de riscos assistenciais, definição de prioridades e alinhamento das estratégias de cuidado, sem intercorrências importantes. Compartilhamos o estado atual da unidade, fluxo de atendimento, demanda, superlotação, pacientes que estão há mais de 24h. No serviço e tempo de espera. A realização diária desta ferramenta, tem como finalidade fortalecer a cultura de segurança, aprimorar a comunicação efetiva entre os profissionais, antecipar situações de risco, apoiar a tomada de decisão clínica e reduzir ocorrências de eventos adversos, em conformidade com os princípios da gestão da qualidade e segurança do paciente preconizados pelos programas de acreditação em saúde.

Desta forma, esta ferramenta tem como objetivo promover comunicação efetiva entre os profissionais, alinhar as ações assistenciais do plantão e identificar precocemente riscos relacionados à segurança do paciente, contribuindo para organização do cuidado e prevenção de eventos adversos. Contribuir para o gerenciamento proativo de riscos assistenciais, vigilância contínua da segurança do paciente e o fortalecimento da cultura justa e do trabalho em equipe.

Os Protocolos de Segurança do Paciente tem como finalidade estabelecer diretrizes assistenciais padronizadas voltadas à prevenção e redução de riscos e danos à assistência à saúde. Esses protocolos visam qualificar o cuidado prestado, promovendo ações seguras baseadas em evidências científicas e fortalecendo a cultura de segurança dentro da instituição. Com o objetivo de fortalecer a cultura de segurança do paciente e promover a melhoria contínua dos processos assistenciais, a instituição mantém atuação integrada entre a Coordenação de


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
--	---	---

Enfermagem, o Núcleo de Educação permanente em Saúde (NEPH), a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). As áreas desenvolvem ações conjuntas voltadas à qualificação da assistência, por meio de atividades educativas, monitoramento de indicadores assistenciais, disseminação e acompanhamento dos protocolos institucionais de segurança do paciente, além da realização de auditorias educativas e alinhamentos multiprofissionais junto às equipes assistenciais.

A atuação integrada, possibilita maior alinhamento dos processos assistenciais, identificação precoce de riscos e implementação de ações de melhoria, contribuindo para a qualificação do cuidado para o fortalecimento da cultura organizacional voltada à segurança do paciente.

No mês de abril, foram analisados 10% dos prontuários (431) de um total de 4.308 atendimentos registrados. A Comissão de Segurança do Paciente fez uma avaliação detalhada nos prontuários, com o objetivo de assegurar a qualidade e segurança dos registros, identificando riscos assistenciais, verificando a conformidade das anotações com os protocolos institucionais e promovendo melhorias contínuas na documentação e na assistência, como também orientar ações corretivas e preventivas melhorando e fortalecendo a segurança do paciente em nossa unidade. Nos eventos adversos, salientamos uma melhora substancial. Isto se dá aos constantes treinamentos em conjunto com CCIH, NQSP e NEPH.

No período analisado, foram notificados **07 (sete)** incidentes relacionados à segurança assistencial, distribuídos da seguinte forma: **01 (uma)** falha na identificação do paciente por pulseira e **02 (duas)** falhas na identificação do paciente por placa beira leito, **02 (dois)** casos de flebite, **01 (uma)** queda de paciente e **01 (um)** acidente de trabalho com material perfuro cortante. Os incidentes foram classificados de acordo com o dano e natureza, conforme critérios estabelecidos pelo PNSP (Programa Nacional de Segurança do Paciente) da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária):

- **Incidente sem dano** (falha de processo): 03 (três) casos – Falhas na identificação do paciente (pulseira e placa beira leito). Caracterizam-se como não conformidades no cumprimento do protocolo de identificação segura do paciente, sem evidência de dano, porém com potencial risco para ocorrência de evento adverso.
- **Eventos Adversos assistenciais** (com dano ao paciente): 03 (três) casos – 02 flebites e 01 queda de paciente. Classificados como eventos adversos por resultarem em dano ao paciente durante a assistência à saúde.
- **Incidente com dano ao profissional** (evento ocupacional): 01 (um) caso – Acidente com material perfurocortante. Classificado com incidente com dano ao profissional de

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
--	---	---

Saúde, com exposição a material biológico, conforme protocolo de segurança ocupacional

A análise dos incidentes evidencia fragilidades nos processos assistenciais, com destaque para:

- Baixa adesão aos protocolos de identificação segura do paciente;
- Necessidade de fortalecimento das práticas de prevenção de flebite;
- Fragilidade na implementação de medidas de prevenção de quedas;
- Risco ocupacional relacionado ao manejo de materiais perfurocortantes.

Observa-se que parte dos incidentes está relacionada à falha na execução de rotinas já instituídas, indicando necessidade de reforço na cultura de segurança e vigilância assistencial. Com base nos achados, serão implementadas as seguintes ações:

- Reforço do protocolo de identificação segura do paciente;
- Capacitação da equipe assistencial sobre prevenção de flebite e manejo seguro de acesso venoso;
- Intensificação das medidas de prevenção de quedas;
- Treinamento em biossegurança com foco na prevenção de acidentes com perfurocortantes;
- Monitoramento contínuo dos indicadores de segurança;
- Auditorias internas para avaliação da adesão aos protocolos institucionais.

Os incidentes notificados reforçam a importância rigorosa da adesão aos protocolos institucionais e do fortalecimento da cultura de segurança do paciente. O monitoramento sistemático e a implementação de ações corretivas são essenciais para a melhoria contínua da qualidade assistencial. A identificação precoce desses incidentes demonstra a efetividade das ações de vigilância e notificação implementadas na instituição, contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança e subsidiando a adoção de medidas preventivas para mitigação de riscos assistenciais.

Diante do exposto, como medidas de melhoria, o NSP reforçou as orientações às equipes assistenciais, com foco na adesão aos protocolos institucionais, identificação adequada de pacientes e dispositivos, vigilância contínua em áreas críticas e fortalecimento da comunicação efetiva entre os profissionais. O NSP seguirá com o monitoramento contínuo dos indicadores, análise sistemática das notificações e planejamento de ações educativas, visando à prevenção de recorrência e ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente. E continuaremos orientando a equipe que as falhas devem ser notificadas imediatamente, mesmo quando forem


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
--	---	---

corrigidas, para que sejam analisadas e sirvam de aprendizado coletivo, reforçando com toda a equipe que o foco é a prevenção e não punição.

Tabela 1- NOTIFICAÇÕES REALIZADAS NO MÊS DE ABRIL/2026

TIPOS DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS / NÃO CONFORMIDADES	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Falha na identificação do paciente (Pulseira)	01	0,0002%
Falha na identificação da placa beira leito	02	0,0005%
Falha na Comunicação.	00	---
Falha na administração de medicamentos.	00	---
Falha na identificação de medicamentos multidoses	00	%
Falha na identificação de AVP	00	%
Eventos adversos associados a equipamentos /produtos de assistência à saúde.	N/A	N/A
Falha na higienização das mãos.	00	00
Queda do paciente.	01	0,0002%
Lesão por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado, adquiridos na unidade).	00	00
Flebite.	02	0,0005%
Falha na administração de dietas.	00	00
Falhas no transporte do paciente.	00	00
Falha na higienização do paciente.	00	00
Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)	N/A	N/A
Extubação Acidental.	00	---
Broncoaspiração.	00	---
Tromboembolismo Venoso (TEV).	00	---
Sequela ou óbito por meio de um evento sentinela.	00	---
Falhas nas evoluções dos prontuários e prescrições	00	---
Outros eventos adversos não mencionados.	01	0,0002%
Evasão do paciente referente ao valor total de atendimento registrado no MV	286	0,067%
TOTAL	293	0,070%

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
--	---	---

Foram selecionados 431 prontuários para verificar os incidentes, eventos adversos e não conformidades, na Tabela acima estão os valores e percentuais que correspondem aos dados coletados. Salientando que as falhas apresentadas, já estão sendo trabalhadas com o CCIH /Ed. Continuada para que não volte a reiscindir.

Observou-se um aumento no número de evasões no mês de abril (286) em comparação ao mês de março (255), correspondendo a um acréscimo de 12,2%. Esse aumento pode estar relacionado a fatores como tempo de espera prolongado, perfil de gravidade dos pacientes atendidos e possíveis fragilidades no fluxo assistencial e acolhimento. Ressalta-se a necessidade de monitoramento contínuo do indicador e avaliação dos processos internos, com vistas à redução das evasões e melhoria da qualidade do atendimento.

Apesar do aumento observado, o indicador permanece em acompanhamento contínuo, considerando que a evasão está diretamente relacionada ao tempo de espera, à comunicação com o paciente e à organização do processo assistencial. Entretanto, as ações contínuas para manutenção da tendência de redução e fortalecimento da segurança e satisfação do paciente, permanecem.

Para abordar as questões identificadas, como os eventos adversos e as não conformidades, adotaremos a Metodologia 5W2H como ferramenta de planejamento e ação. Esta abordagem tem sido amplamente utilizada em várias instituições de saúde e se mostra eficaz na criação de uma cultura de melhoria contínua.

Segue abaixo a metodologia 5W2H que utilizamos para obter melhorias contínuas atreladas a segurança do paciente.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
---	---	---

PLANO DE AÇÃO 5W2H							
5W				2H			
O QUÊ?	PORQUE?	ONDE?	QUEM?	QUANDO?	COMO?	QUANTO CUSTA	STATUS
- Reforçar identificação segura do paciente (pulseira e placa)	- Reduzir risco de erro assistencial	- Setores assistenciais	- Enfermagem / NSP	- Imediato e contínuo	- Treinamento e auditoria semanal	- Sem custo adicional (ação educativa interna)	- Correção Imediata
- Implementar ações de prevenção de flebite	- Prevenir flebite e perda de rastreabilidade	- Assistência direta	- Enfermagem / CCIH	- Imediato	- Capacitação e inspeção diária do acesso	- Sem custo	- Correção imediata
- Reforçar protocolo de prevenção de quedas	- Minimizar risco ao paciente	- Todos os leitos	- Equipe Multiprofissional	- Mensal	- Aplicação de escala de risco e orientação	- Sem custo	- Correção imediata
- Implementar medidas de prevenção, com reforço das práticas de biossegurança e manejo seguro de materiais.	- Devido à ocorrência de acidente com exposição a material biológico, evidenciando risco ocupacional e necessidade de fortalecimento das práticas seguras.	- Em todos os setores assistenciais da unidade	- Coord. Enfermagem, CCIH, NQSP	- Imediata, com ações contínuas e monitoramento mensal	- Treinamento da equipe, Educação permanente sobre biossegurança, reforço da proibição de reencape de agulhas.	- sem custo	- Correção imediata

CARACTERIZAÇÃO DO INCIDENTE / EVENTO ADVERSO E NÃO CONFORMIDADE

Ao analisarmos a tabela abaixo, observamos que os eventos notificados no período foram predominantemente classificados como incidentes e classificados como: Incidente sem dano ao paciente, Evento Adverso e Incidente com dano ao profissional. Embora os incidentes sem dano não tenham gerado prejuízo direto, estes representam importantes sinais de alerta, por seu potencial de evoluir para eventos adversos. Já os eventos adversos identificados reforçam a necessidade de intensificação das ações preventivas e do monitoramento contínuo dos riscos assistenciais. Diante disso, torna-se fundamental o fortalecimento da cultura de segurança, por meio de educação permanente das equipes, vigilância ativa dos processos, adesão rigorosa aos protocolos institucionais e implementação de estratégias de melhoria contínua.

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente manterá o acompanhamento sistemático dos indicadores, visando a redução de incidentes, melhoria da qualidade assistencial e promoção de um ambiente seguro tanto para pacientes quanto para os profissionais.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000000

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	 JABOATÃO
--	---	---

De forma geral, os achados apontam fragilidades nos processos assistenciais e na adesão aos protocolos de segurança, especialmente no que se refere à identificação do paciente, prevenção de eventos adversos e práticas de biossegurança. Observa-se a necessidade de fortalecimento da cultura de segurança, com ênfase em educação permanente, monitoramento contínuo e implementação de ações corretivas. Destaca-se que não houve registro de eventos com dano grave, evidenciando atuação preventiva das equipes e identificação precoce das não conformidades por meio da cultura de notificação ativa. Diante dos achados, o NSP direcionou ações educativas e monitoramento sistemático, com foco na prevenção de reincidências e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Os eventos foram devidamente notificados, analisados pelo NQSP e subsidiaram a definição de ações corretivas e preventivas, incluindo reforço de protocolos assistenciais, orientação da equipe e monitoramento contínuo dos indicadores, visando a mitigação de riscos e ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Continuaremos monitorando de perto os processos de atendimento e cuidado ao paciente realizando avaliações periódicas para identificar novas oportunidades de aperfeiçoamento. A formação contínua da equipe e a revisão de protocolos serão essenciais para sustentar os avanços.

Medidas que foram executadas de imediato em relação a **Flebite**: Foi realizada a retirada do dispositivo, medidas terapêuticas locais e reavaliação do protocolo de punção e manutenção do acesso; **Acidente com perfuro cortante da colaboradora**- Foram adotadas medidas imediatas como abertura do CAT, informado a chefia imediata, ao SESMT /NSP /CCIH e foi encaminhada de imediato para atendimento médico e prescrito Profilaxia Pós Exposição (PEP); **Falhas identificação placa beira leito e pulseira**- foram corrigidas imediatamente após identificação da falha, com regularização dos dispositivos de identificação sem danos ao paciente; **Queda** - o paciente foi avaliado de imediato pela equipe multiprofissional, permanecendo estável clinicamente. Foi notificado ao NSP, sendo realizada análise dos fatores contribuintes e reforçadas as medidas preventivas relacionadas ao protocolo institucional de prevenção de quedas.

UPA S3
Inalva Santos
Diretora Geral

000070

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
--	---	---

TABELA 2

CARACTERIZAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO E NÃOCONFORMIDADE	QUANTIDADE
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO (situação em que houve potencial risco de dano ao paciente mas não ocorreu incidentes)	00
QUASE ERRO (incidente que é evitado antes de atingir o paciente)	00
INCIDENTE SEM DANO (um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano)	03
INCIDENTE COM DANO - Evento Adverso (incidente que resulta em dano ao paciente)	03
NÃO CONFORMIDADE	00
OUTROS	01
TOTAL	07

Jaboatão, 07 de maio de 2026

Gisele de Oliveira Barbosa Tenório
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

 Gisele Tenório
Enfermeira Diarista
COREN/PE 95728
UPA SOTAVE


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	
--	---	---

5Área Emitente: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Epidemiologia	Responsável pela Emissão: Danielly Carneiro	Data da Emissão: 07/05/2026
---	---	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Planejamento de ações da Comissão e Estratégias de treinamentos.	REDATOR: Danielly Carneiro	DATA: 07/05/2026	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h30min
--	--------------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

PAUTA Planejamento Mensal Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Epidemiologia

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (presente/a usente)	ASSINATURA
Antônio Marcelo C. Carvalho Junior	Presente	
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	
Paulo Carvalho	Presente	
Gisele de Oliveira B. Tenório	Presente	
Luciana Serpa	Presente	
Ivana Barbosa	Presente	
Larissa Oliveira	On line	
Luciana Cardoso	Presente	
Rafaelly Monike Marques melo	Presente	

ATA DA REUNIÃO		
ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Planejamento SCIH/NEPI	Danielly Carneiro
2	Relatório mensal discutir os indicadores e definir estratégias	Rafaelly Melo – Danielly Carneiro
3	Doenças, eventos e agravos de Notificação Compulsória - UPA Sotave	Danielly Carneiro


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	
--	---	---

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem um papel fundamental na promoção da segurança do paciente e na prevenção de infecções associadas à assistência à saúde. Nesse contexto, o Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - PCIRAS e o Núcleo de Epidemiologia (NEPI) são componentes essenciais para o fortalecimento das práticas de controle e vigilância. São ações desenvolvidas, deliberada e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS/NC.

No campo da sustentabilidade, continuaremos com as ações educativas sobre reciclagem, onde trabalhamos a conscientização da coleta de descartes de papel, e as embalagens plásticas de soro, culminando na implantação do protocolo institucional de separação e destinação correta dos resíduos sólidos, com envolvimento da equipe multiprofissional.

As visitas diárias multidisciplinar acontecem por volta das 8:00 h com médico e enfermeiro líder e será registrado em ata. O Huddle será realizado às 10:00 h com todas as lideranças. As visitas aos setores para evidenciar e orientar o cumprimento das medidas de controle de infecções, acontecerá uma vez no mês, e será utilizado o Check List de auditoria do Bundle- Segurança do paciente (anexo 1, 2 e 3), assim como as normas e rotinas já instituídas.

O SCIH realizará, no mínimo, uma visita técnica por mês nos setores da Unidade de Pronto Atendimento, onde serão avaliados os aspectos relacionados à área física, ao fluxo de pessoas e materiais, adesão dos profissionais às medidas de prevenção e controle de infecção e biossegurança. Outros setores de apoio e serviços terceirizados, também serão visitados pela equipe do SCIH. Após visita será realizado relatório e repassado à comissão e ao Setores responsáveis. Adotar-se-á novo método de cobrança de adequação, onde será sugerido e estabelecido tempo e justificativa impressa do setor notificado para a adequação das não conformidades.


UPA SOFATE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	
--	---	---

RELATÓRIO MENSAL – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH) – ABRIL 2026

No mês de abril de 2026, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), em articulação com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), manteve ações voltadas à prevenção de riscos assistenciais, segurança do paciente e fortalecimento das boas práticas institucionais.

Durante o período, foram realizados treinamentos com a equipe assistencial sobre o uso seguro de bombas de infusão e sobre o protocolo de acidente de trabalho, com foco na prevenção de riscos ocupacionais e na promoção de práticas seguras no ambiente assistencial.

No âmbito das ações de vigilância, foram realizadas reuniões mensais de relatório da CCIH, além de visitas diárias aos pacientes e visitas setoriais mensais, reforçando o monitoramento contínuo das práticas assistenciais e a identificação de riscos relacionados à infecção hospitalar.

Também foram desenvolvidas ações mensais de orientação quanto ao descarte correto de resíduos e práticas de reciclagem, promovendo a conscientização dos colaboradores sobre a importância do manejo adequado de materiais, em conformidade com as normas institucionais e ambientais.

As atividades desenvolvidas reforçam o compromisso da unidade com a segurança do paciente, prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e consolidação de uma cultura institucional de qualidade, sustentabilidade e melhoria contínua.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA



1. AÇÕES DESENVOLVIDAS

ATIVIDADE – 01

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre o Protocolo de Bombas de Infusão, conduzido pela equipe técnica da Samtronic.

TEMÁTICA: Capacitar a equipe assistencial no uso seguro e correto das bombas de infusão, incluindo configuração, monitoramento, manutenção e prevenção de incidentes, garantindo segurança do paciente e eficiência nos procedimentos clínicos.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial.



ATIVIDADE – 02

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre o Protocolo – Fluxo de Acidente de Trabalho, ministrado pela técnica de segurança do trabalho Camila Marques.

TEMÁTICA: Orientar todos os colaboradores sobre a prevenção, registro e condução adequada de acidentes de trabalho, reforçando a segurança no ambiente laboral e a correta aplicação dos protocolos institucionais.

PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

**RELATÓRIO MENSAL****SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA****ATIVIDADE – 03**

ATIVIDADE DIVERSA: Reforço das ações educativas sobre coleta seletiva e descarte adequado de resíduos, incluindo separação de materiais recicláveis e manejo correto de embalagens de soro, conforme normas ambientais e protocolos institucionais.

TEMÁTICA: Promover a conscientização sobre práticas sustentáveis e a responsabilidade ambiental entre os colaboradores.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



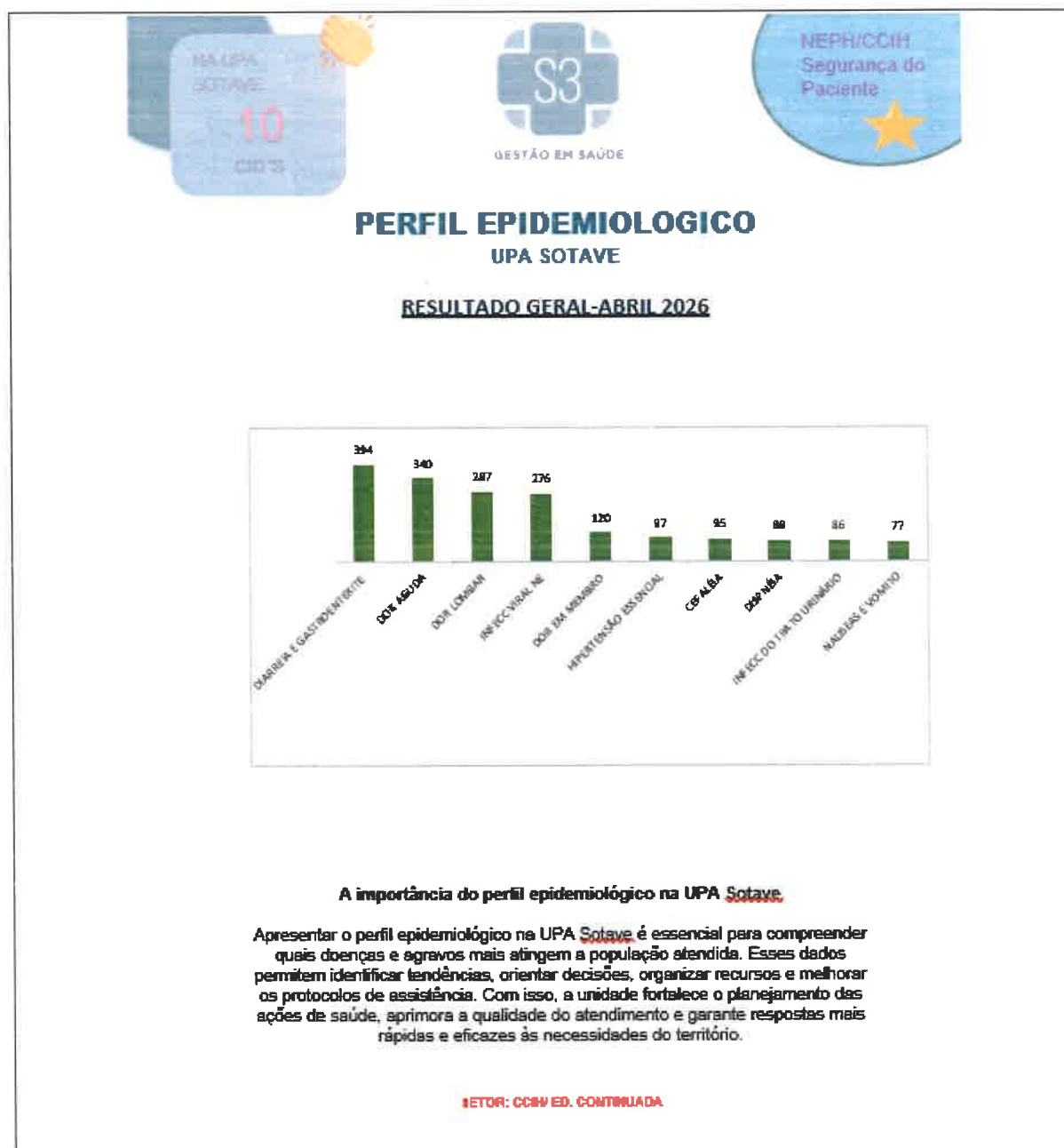
RELATÓRIO MENSAL

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA



Seguem em anexos os processos implantados e atualizados para indicadores da rotina diária referente ao Serviço de Controle e Infecção Hospitalar

ANEXO- 1



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL**SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA****Análise Comparativa do Perfil Epidemiológico – Janeiro a Abril de 2026
Relatório da Comissão de CCIH – UPA Sotave**

A análise comparativa do primeiro quadrimestre de 2026 evidencia a manutenção de um cenário epidemiológico dinâmico na unidade, com mudanças progressivas no perfil dos atendimentos.

Após o aumento expressivo de Infecções Virais observado em fevereiro e sua manutenção em março, o mês de abril ainda apresenta elevada frequência desse agravo, consolidando o padrão de maior circulação de síndromes respiratórias no período. Esse comportamento reforça a sazonalidade dessas condições e a necessidade das medidas de prevenção e controle.

Em abril, observa-se também a permanência de queixas como Dor Lombar e Dor na Garganta entre os atendimentos mais frequentes, além da continuidade de quadros como Hipertensão Arterial, Cefaleia e Náuseas e Vômitos, demonstrando um perfil misto entre condições agudas e crônicas.

Os dados de abril indicam ainda retomada da relevância de agravos como Diarreia/Gastroenterite, que volta a ocupar posição de destaque, enquanto Infecção do Trato Urinário (ITU) mantém presença entre os principais atendimentos, embora sem crescimento expressivo. Já Tosse e Dispneia permanecem associadas ao contexto das síndromes respiratórias.

O consolidado do período de janeiro a abril demonstra a transição de um perfil inicialmente mais voltado para agravos gastrointestinais (janeiro), para um predomínio de condições respiratórias e crônicas (fevereiro a abril), com leve reequilíbrio em abril devido ao aumento de casos gastrointestinais.

Esse cenário reforça a importância da vigilância contínua pela CCIH, com foco no fortalecimento das medidas de prevenção de infecções respiratórias, monitoramento de doenças crônicas, organização dos fluxos assistenciais e adequação de recursos. As ações estratégicas devem permanecer direcionadas à segurança do paciente e à resposta oportuna às demandas assistenciais da população atendida.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000078



RELATÓRIO MENSAL

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

ANEXO- 2

BUNDLE – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE N° 1

LEGENDA: C- CONFORME NA- NÃO SE APLICA NC- NÃO CONFORME

REGISTRO: _____ PACIENTE(A) _____
DATA: __/__/____ HORA: ____:____AVALIADO(A): _____
SETOR: _____

POP – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	C	NC	NA
Pulseira de identificação na cor branca?			
A pulseira de identificação foi colocada, preferencialmente, no punho direito. Caso não seja possível a instalação nesse membro, será obedecida a seguinte ordem: Punho esquerdo; Tornozelo direito; Tornozelo esquerdo?			
Identificadores utilizados na pulseira corretamente?			
O leito, medicamento e prontuários foram identificados com o nome do paciente?			
A pulseira de identificação foi danificada, ou foi removida ou se tornar ilegível, sendo substituída imediatamente?			
Foram realizados Procedimentos para identificação do paciente antes do procedimento?			
A pulseira de identificação foi removida, pelo porteiro, após a alta ou transferência do paciente para outra unidade de atendimento à saúde?			
Quanto as cores das pulseiras e/ou adesivos, foram utilizados corretamente?			
No momento da realização da administração de medicamentos, administração do sangue, administração de hemoderivados, coleta de material para exame, entrega da dieta e; realização de procedimentos invasivos foi confirmado o nome do paciente?			
ACOMPANHAMENTO DIÁRIO			
Realiza-se diariamente a verificação da correta identificação dos pacientes , incluindo conferência de pulseiras, nome completo e registro nos prontuários , garantindo segurança.			

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

ANEXO- 3 INDICAÇÃO DA SVD – BUNDLE DIÁRIO

Leito:	Registro:	Data : ____/____/____	Horário:
Nome do Paciente:			
Indicação da SVD			
☐ Impossibilidade do paciente de urinar espontaneamente ☐ Instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorização de débito urinário ☐ Medida de conforto em paciente ☐ Outro qual? _____			
Realização do procedimento de passagem de SVD			
1. Higiene das mãos ?	☐ Sim	☐ Não	
2. Paramentado com EPIs (touca, máscara, óculos de proteção e luva de procedimento) o responsável pela passagem e o auxiliar ?	☐ Sim	☐ Não	
3. Realizado higiene íntima com água e sabão / sabonete ?	☐ Sim	☐ Não	
4. Retirada de luvas de procedimento e higienizado as mãos após realização da higiene íntima ?	☐ Sim	☐ Não	
5. Abertura de materiais com técnica asséptica?	☐ Sim	☐ Não	
6. Calçado luva estéril em técnica asséptica?	☐ Sim	☐ Não	
7. Utilizado campo estéril?	☐ Sim	☐ Não	
8. Realizado antissepsia do meato uretral com Clorexidina Aquosa 2% , antes da passagem da sonda ?	☐ Sim	☐ Não	
9. Retirado a luva estéril e higienizado as mãos?	☐ Sim	☐ Não	
10. Calçado novo par de luvas estéreis?	☐ Sim	☐ Não	
11. Aplicado gel estéril (uso único) na extremidade do cateter (mulher)/ meato uretral (homem)?	☐ Sim	☐ Não	
12. A bolsa coletora foi conectada a sonda antes de iniciar o procedimento de inserção ?	☐ Sim	☐ Não	
13. A sonda foi fixada imediatamente após a finalização do procedimento de forma adequada?	☐ Sim	☐ Não	
14. A passagem de sonda foi na primeira tentativa ?	☐ Sim	☐ Não	
15. Identificação do procedimento na bolsa coletora? (paciente, data, unidade internação)	☐ Sim	☐ Não	
16. Abertura do "clamp"? Posicionado a bolsa coletora abaixo da bexiga do paciente?	☐ Sim	☐ Não	
Observação:			
Qual a categoria do profissional que realizou o procedimento? ☐ Enfermeiro ou ☐ Médico			
Nome legível do profissional que realizou o procedimento:			
Assinatura e carimbo do profissional que realizou o preenchimento dos dados:			

Realiza-se diariamente a aplicação do **Bundle de Cuidados para SVD (Sonda Vesical de Demora)**, que consiste em um conjunto de medidas padronizadas para **prevenção de infecção do trato urinário associada à sonda (ITU-SVD)**. O acompanhamento diário inclui verificação da **necessidade da sonda, higiene adequada do local, manutenção do sistema fechado, fixação correta e registro das evidências no checklist**, garantindo a segurança do paciente, a adesão aos protocolos institucionais e a padronização das práticas assistenciais.

UPA SANTOS
Inalda Santos
Diretora Geral

	RELATÓRIO MENSAL SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	
---	---	---

ANEXO- 4

NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE/SCIH- UPA SOTAVE

TÍTULO: NÃO CONFORMIDADE DAS EVIDÊNCIAS DIÁRIAS DOS SETORES

1. DATA DA NOTIFICAÇÃO: HORA:		PRAZO PARA RETORNO:	
SETOR NOTIFICADO: Enfermagem		RESPONSÁVEL: Danielly Carneiro	
ORIENTAÇÕES:			
2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA: Acesso Venoso Periferico Vencido.			
3. ANÁLISE DE MELHORIAS:			
4. AÇÃO A SER TOMADA (se necessário, anexar algum documento):			
O que?	Quem?	Quando?	Onde?
5. JUSTIFICATIVA E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO			
ENFERMEIRO SCIH		LIDER DO SETOR	

Esta notificação refere-se à **identificação de falhas ou inconsistências nas evidências diárias registradas pelos setores da unidade**, relacionadas aos protocolos institucionais, processos assistenciais e normas de segurança. A ocorrência está vinculada ao **sistema Qualiex**, permitindo rastreabilidade, registro formal e acompanhamento das ações corretivas. A abordagem segue os princípios da **Cultura Justa**, promovendo aprendizado a partir das não conformidades sem atribuição de culpa individual, incentivando a melhoria contínua. O **Mascote Olhudo – o Protetor da Qualidade** é utilizado como recurso educativo e de conscientização, reforçando a importância do cumprimento das evidências diárias, engajamento das equipes e padronização segura dos processos.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

	RELATÓRIO MENSAL SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	
---	---	---

ANEXO- 5

CHECK LIST AUDITORIA LAVAGEM DAS MÃOS		
NOME DO PROFISSIONAL: _____		
CATEGORIA PROFISSIONAL: _____		
SETOR: _____		
5 MOMENTOS DE LAVAGEM DAS MÃOS		
	SIM	NÃO
1 - ANTES DO CONTATO COM PACIENTE		
2 - ANTES DE PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS		
3 - APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS CORPORAIS		
4- APÓS CONTATO COM O PACIENTE		
5 - APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE		
RECOMENDAÇÕES GERAIS:		
NOME DO AUDITOR: _____ DATA: _____		
ASSINATURA: _____		

Realiza-se mensalmente a **avaliação por meio do Checklist do Protocolo de Lavagem das Mãos**, com caráter **avaliador**, visando verificar a adesão correta das equipes às práticas de higiene, identificar pontos de melhoria e reforçar a conscientização sobre a **prevenção de infecções** e a segurança do paciente. A ação contribui para a padronização das condutas e o fortalecimento da cultura de qualidade na unidade.


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	
--	---	---

ANEXO- 6

 CHECKLIST DE AUDITORIA SIMPLIFICADA (CCIH / NQSP) AUDITORIA – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS Período de observação: 2 horas Setor: POSTO ADULTO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item Avaliado</th> <th>Sim</th> <th>Não</th> <th>NA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Realiza higiene antes do contato com o paciente</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Realiza higiene após contato com o paciente</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Utiliza produto adequado</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Executa técnica correta</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Raspa tempo recomendado</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table> Observações Ações de Melhoria Sugeridas Responsável: _____ Assinatura: _____	Item Avaliado	Sim	Não	NA	Realiza higiene antes do contato com o paciente	☐	☐	☐	Realiza higiene após contato com o paciente	☐	☐	☐	Utiliza produto adequado	☐	☐	☐	Executa técnica correta	☐	☐	☐	Raspa tempo recomendado	☐	☐	☐	 CHECKLIST – USO DE ADORNOS Equipe de Enfermagem Data: ____/____/____ Setor: _____ Turno: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite Responsável pela verificação: _____ ADORNOS (CONFORME NR-32 E BOAS PRÁTICAS) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item Avaliado</th> <th>Conforme</th> <th>Não Conforme</th> <th>NA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presença de unhas</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Presença de alianças</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Presença de pulseiras</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Presença de relógios</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Presença de brincos grandes</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Presença de colares</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Presença de piercing exposto</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Unhas curtas e limpas</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Sem esmalte ou esmalte claro e íntegro*</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Sem unhas artificiais</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table> * Conforme protocolo institucional NÃO CONFORMIDADES OBSERVADAS _____ _____	Item Avaliado	Conforme	Não Conforme	NA	Presença de unhas	☐	☐	☐	Presença de alianças	☐	☐	☐	Presença de pulseiras	☐	☐	☐	Presença de relógios	☐	☐	☐	Presença de brincos grandes	☐	☐	☐	Presença de colares	☐	☐	☐	Presença de piercing exposto	☐	☐	☐	Unhas curtas e limpas	☐	☐	☐	Sem esmalte ou esmalte claro e íntegro*	☐	☐	☐	Sem unhas artificiais	☐	☐	☐
Item Avaliado	Sim	Não	NA																																																																		
Realiza higiene antes do contato com o paciente	☐	☐	☐																																																																		
Realiza higiene após contato com o paciente	☐	☐	☐																																																																		
Utiliza produto adequado	☐	☐	☐																																																																		
Executa técnica correta	☐	☐	☐																																																																		
Raspa tempo recomendado	☐	☐	☐																																																																		
Item Avaliado	Conforme	Não Conforme	NA																																																																		
Presença de unhas	☐	☐	☐																																																																		
Presença de alianças	☐	☐	☐																																																																		
Presença de pulseiras	☐	☐	☐																																																																		
Presença de relógios	☐	☐	☐																																																																		
Presença de brincos grandes	☐	☐	☐																																																																		
Presença de colares	☐	☐	☐																																																																		
Presença de piercing exposto	☐	☐	☐																																																																		
Unhas curtas e limpas	☐	☐	☐																																																																		
Sem esmalte ou esmalte claro e íntegro*	☐	☐	☐																																																																		
Sem unhas artificiais	☐	☐	☐																																																																		

ANEXOS – DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE MONITORAMENTO

Os anexos apresentados referem-se às atividades sistemáticas de monitoramento e auditoria realizadas na unidade, com foco na segurança do paciente e conformidade dos processos assistenciais. A **orientação semanal**, por meio de auditoria simplificada com checklist, tem como finalidade avaliar a adesão aos protocolos institucionais, identificar não conformidades e promover melhorias contínuas, reforçando as boas práticas assistenciais de Higienização das mãos. O **monitoramento diário**, realizado através do checklist do Protocolo Adorno Zero, assegura o cumprimento da norma de não utilização de adornos pelos profissionais durante a assistência, contribuindo para a higienização adequada das mãos, redução de riscos de contaminação e manutenção da segurança do paciente. Essas ações fortalecem a padronização dos processos, a cultura de segurança e a qualidade da assistência prestada.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA



CHECKLIST PRÁTICO – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA UNIDADE – ABRIL 2026

1. PROTOCOLO – SEIS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- ☐ Identificação correta do paciente
- ☐ Comunicação efetiva entre equipes
- ☐ Segurança na administração de medicamentos
- ☐ Cirurgia/procedimentos seguros (quando aplicável)
- ☐ Redução do risco de infecções associadas à assistência
- ☐ Prevenção de quedas e lesões

2. PROTOCOLO – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (PROADI-SUS / MANCHESTER)

- ☐ Acolhimento inicial realizado
- ☐ Classificação de risco aplicada corretamente
- ☐ Priorização clínica conforme protocolo
- ☐ Reavaliação de pacientes conforme necessidade

3. PROTOCOLO – ECG (ELETROCARDIOGRAMA)

- ☐ Realização do exame conforme técnica correta
- ☐ Identificação adequada do paciente
- ☐ Registro e encaminhamento do exame
- ☐ Garantia de qualidade do traçado

4. PROTOCOLO – REFORÇO DE PASTA PÚBLICA INSTITUCIONAL

- ☐ Consulta e atualização de protocolos assistenciais
- ☐ Aplicação das rotinas institucionais padronizadas
- ☐ Disseminação das informações entre equipes
- ☐ Adesão às diretrizes institucionais vigentes

5. PROTOCOLO – FLUXO DE ACIDENTE DE TRABALHO

- ☐ Comunicação imediata do evento
- ☐ Notificação conforme fluxo institucional
- ☐ Atendimento ao colaborador
- ☐ Registro completo da ocorrência

No mês de abril de 2026, foram realizadas ações de capacitação e reforço dos protocolos assistenciais.

As atividades contribuíram para a padronização dos processos assistenciais, fortalecimento da segurança do paciente, melhoria da comunicação entre equipes, qualificação da classificação de risco e otimização do atendimento por meio da correta aplicação dos protocolos institucionais. Também reforçaram a Educação Permanente

UPA S3
Inalda Santos
Diretora Geral

**RELATÓRIO MENSAL****SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**

em Saúde, promovendo maior segurança assistencial e qualidade na prestação do cuidado.

2. NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

Todas as notificações compulsórias realizadas pela equipe, foram disponibilizadas a Secretaria de Saúde de Jaboatão, através de impressos próprios para cadastro no Sistema de Informações de Agravos de Notificações – SINAN.

Análise das Notificações Compulsórias – CCIH
Comparativo: Janeiro, Fevereiro, Março e Abril de 2026

A análise comparativa do quadrimestre evidencia variações importantes no perfil epidemiológico da unidade, com manutenção de agravos relevantes e surgimento de novos padrões de atendimento em abril de 2026.

A **Dengue** manteve-se como o agravo de maior incidência ao longo do período, com os seguintes registros: janeiro (30 casos), fevereiro (34 casos), março (30 casos) e abril (35 casos), demonstrando tendência de oscilação, porém com manutenção de alta relevância epidemiológica e necessidade de vigilância contínua.

Os **sintomas gripais** apresentaram aumento expressivo em abril (26 casos), após valores menores em janeiro (7), fevereiro (6) e março (11), indicando intensificação de síndromes respiratórias no último mês analisado.

A **tuberculose** manteve baixa incidência, com estabilidade ao longo do período, apresentando discreto aumento em abril (4 casos), reforçando a necessidade de monitoramento contínuo.

O **HIV** manteve baixa ocorrência, com variações discretas entre os meses, apresentando 2 casos em abril. A **sífilis** também se manteve presente no perfil epidemiológico, com 3 casos em abril.

As **intoxicações exógenas** apresentaram estabilidade em abril (2 casos), após leve variação nos meses anteriores, enquanto **acidentes de trabalho** mantiveram baixa ocorrência (2 casos em abril), sugerindo manutenção das medidas de prevenção ocupacional.

No eixo das **violências**, destaca-se aumento importante em abril, especialmente na **violência doméstica (5 casos)**, reforçando a necessidade de fortalecimento das estratégias de acolhimento, notificação e articulação intersetorial.

UPA S3
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

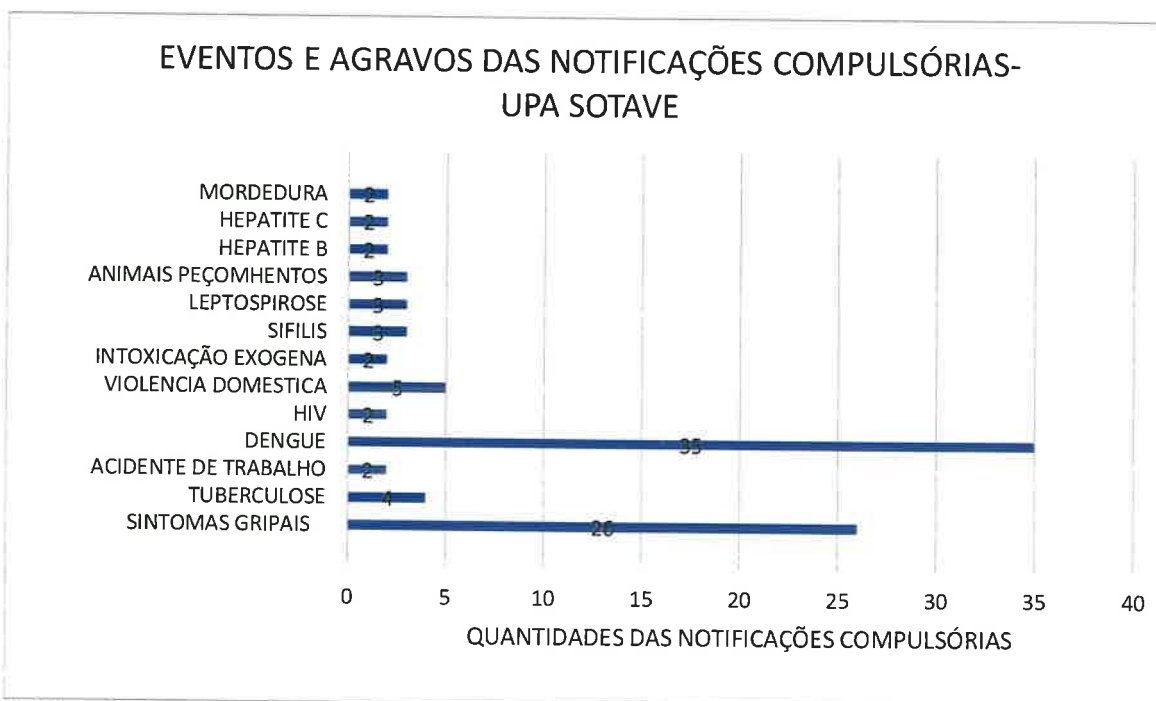
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA



Observa-se ainda a presença de agravos relevantes em abril, como **leptospirose (3 casos)**, **hepatite B (2 casos)**, **hepatite C (2 casos)** e **animais peçonhentos (3 casos)**, além de **mordeduras (2 casos)**, indicando diversidade de riscos ambientais e infecciosos no território.

O cenário geral do quadrimestre demonstra manutenção da **Dengue como principal agravo**, aumento significativo de **síndromes respiratórias em abril**, estabilidade de infecções sexualmente transmissíveis e presença contínua de agravos relacionados à violência e acidentes.

Esses dados reforçam a importância da vigilância epidemiológica ativa, integração entre CCIH e demais setores assistenciais, além do fortalecimento de ações preventivas, educação em saúde e resposta rápida às notificações compulsórias, garantindo maior segurança à população atendida.



Notificações compulsórias referentes ao mês de abril de 2026

Jaboatão dos Guararapes, 07 de maio de 2026.

Danielly Carneiro
DANIELLY TOMAZ DE MENDONÇA CARNEIRO
Enfermeira
SCIH - Comissão Permanente
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Ináida Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
--	---	---

Área Emitente: NQSP / NEPH	Responsável pela Emissão: Danielly Carneiro Gisele Tenório	Data da Emissão: 07/05/2026
--------------------------------------	---	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Indicadores Assistenciais	REDATOR: Danielly Carneiro Gisele Tenório	DATA: 07/05/2026	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h30min
--	--	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

PAUTA Relatório Mensal de Indicadores Assistenciais – Abril 2026
--

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (presente/a usente)	ASSINATURA
Antônio Marcelo C. Carvalho Junior	Presente	
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	Danielly Carneiro
Gisele de Oliveira B. Tenório	Presente	Gisele Tenório
Inalda Santos	Presente	Inalda Santos
Luciana Cristina Cardoso	Presente	
Ivana Barbosa	Presente	Ivana Barbosa
Paulo Carvalho	Presente	Paulo Carvalho
Rafaelly Monike Marques melo	Ausente	

ATA DA REUNIÃO		
ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Exposição dos Indicadores Assistenciais	Danielly Carneiro Gisele Tenório
2	Elaboração de Relatório e Ata de Reunião	Danielly Carneiro Gisele Tenório
3	Elaboração de Gráficos	TI

	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
---	---	---

Relatório Mensal de Indicadores Assistenciais

1. Apresentação

Período: Abril 2026_

O presente relatório tem como finalidade apresentar os indicadores assistenciais monitorados na **UPA Eduardo Campos – SOTAVE**, subsidiando a gestão estratégica e operacional da unidade. Os dados foram extraídos do **Sistema MV – Prontuário Eletrônico e Módulo de Gestão Assistencial**, ferramenta oficial utilizada para registro, acompanhamento e monitoramento dos atendimentos, tempos assistenciais e protocolos clínicos institucionais.

Este documento consolida informações referentes a: Tempo de espera por classificação de risco (Protocolo de Manchester); Quantitativo de atendimentos por cor; Fluxo de pacientes em Fast Track; Quantidade de protocolos de IAM abertos; Tempo Porta–Eletrocardiograma (Porta-ECG)

2. Indicadores (Mediana)

2.1 Os dados do sistema MV, considerando o fluxo do Totem até a Alta (classificação de Manchester – todas as cores), demonstram desempenho adequado nas etapas iniciais do atendimento, com tempos médios estáveis na Triagem (~20 min) e na Recepção (~25 min), indicando boa eficiência no processo de entrada do paciente.

2.2 Entretanto, observa-se variabilidade significativa no tempo de permanência até a Alta, com média elevada (~9h15) e presença de outliers importantes, sugerindo inconsistências no fluxo assistencial e possíveis gargalos relacionados à gestão de leitos, definição de conduta e processos de desospitalização.

2.3 Do ponto de vista da gestão, o principal ponto de atenção não está na porta de entrada, mas na continuidade do cuidado, evidenciando oportunidade de melhoria na organização do fluxo interno, redução de variabilidade assistencial e otimização do giro de pacientes.

MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:14:04	0:18:57	4:15:45
MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:28:20	0:36:17	2:36:03
MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:07:05	0:13:06	20:25:23


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



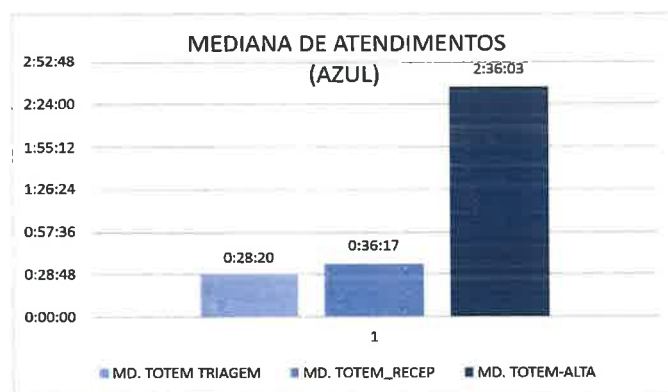
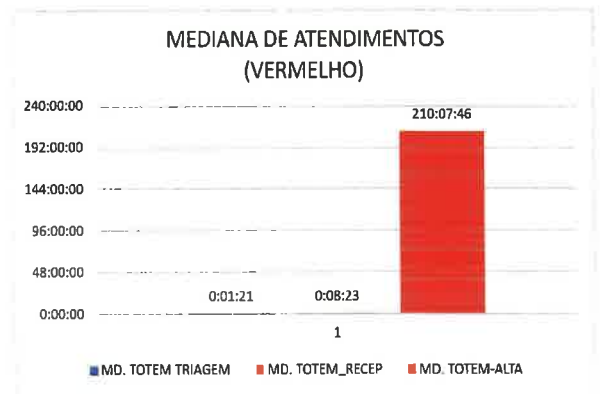
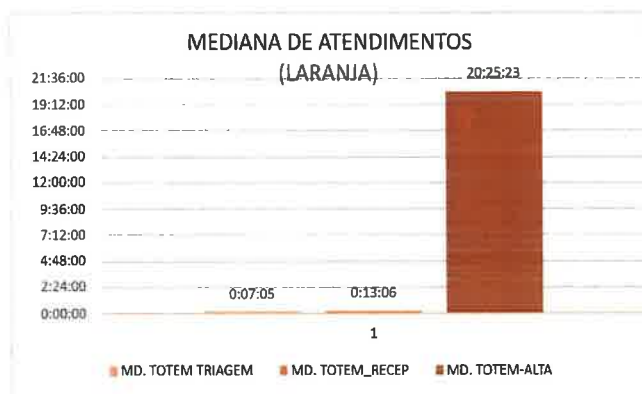
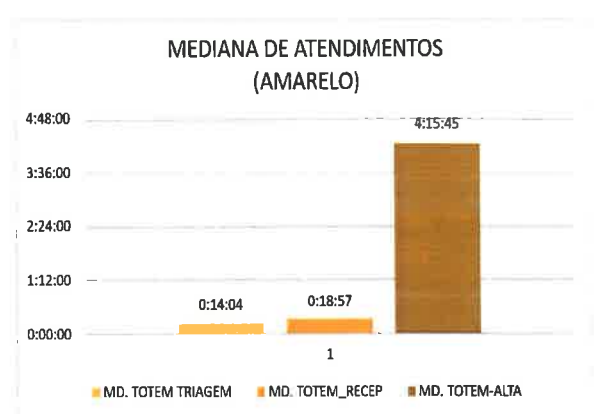
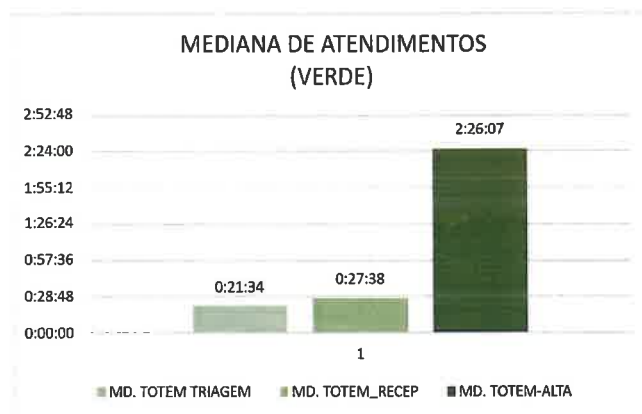
RELATÓRIO MENSAL

INDICADORES



MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:21:34	0:27:38	2:26:07
MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:01:21	0:08:23	210:07:46

3. Tempo de Mediana por Classificação



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
---	---	---

4. Distribuição de Atendimentos Classificação de Risco

Protocolo de Manchester e Tempo Médio de Espera

Cor (Prioridade)	Nº de Atendimentos	Tempo Médio de Espera	Tempo Máximo Recomendado (Manchester)	Análise Comparativa	Percentual de Atendimentos
Vermelho (Emergência)	42	6 minutos	Atendimento imediato (0 min)	Leve atraso em relação ao ideal, mas aceitável operacionalmente	0,98%
Laranja (Muito Urgente)	89	12 min 04seg	Até 10 minutos	Tempo acima do recomendado pelo protocolo, sugerindo necessidade de ajuste de fluxo assistencial	2,07%
Amarelo (Urgente)	881	18 minutos 41seg	Até 60 minutos	Dentro do tempo preconizado pelo protocolo	20,45%
Verde (Pouco Urgente)	3.277	27 minutos 11 seg	Até 120 minutos	Dentro do esperado, maior concentração de demanda assistencial	76,01%
Azul (Não Urgente)	21	25 minutos 10 seg	Até 240 minutos	Dentro do protocolo estabelecido, com baixa representatividade no volume total de atendimentos	0,49%

Análise Gerencial – Classificação de Risco (Protocolo de Manchester)

O maior volume de atendimentos concentra-se na classificação **Verde (76,01%)**, evidenciando predominância de casos de baixa complexidade e representando a principal demanda assistencial da unidade.

Os atendimentos classificados como **Amarelo (20,45%)** apresentaram tempo médio de espera de **18 min 41 seg**, mantendo-se dentro do limite preconizado pelo Protocolo de Manchester (até 60 minutos), demonstrando adequada condução dos casos urgentes e estabilidade no fluxo assistencial.

Observa-se que os atendimentos **Laranja (2,07%)** registraram tempo médio de espera de **12 min 04 seg**, ultrapassando o tempo máximo recomendado pelo protocolo (até

UPA SOLISTE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
--	---	---

10 minutos). O indicador sinaliza necessidade de revisão operacional no fluxo prioritário, especialmente para pacientes de maior gravidade clínica.

Os atendimentos **Vermelhos (0,98%)** apresentaram tempo médio de espera de **6 minutos**, demonstrando resposta assistencial próxima do ideal. Entretanto, considerando que o protocolo estabelece atendimento imediato para emergências, o resultado ainda representa oportunidade de melhoria no tempo-resposta inicial.

A classificação **Azul (0,49%)** apresentou tempo médio de espera de **25 min 10 seg**, permanecendo amplamente dentro do limite estabelecido pelo protocolo (até 240 minutos), com baixa representatividade no perfil assistencial da unidade.

De forma geral, os indicadores demonstram que a unidade mantém **bom desempenho global nas classificações Amarela, Verde e Azul**, com aderência satisfatória aos tempos preconizados pelo Protocolo de Manchester e fluxo assistencial estável na maior parte dos atendimentos.

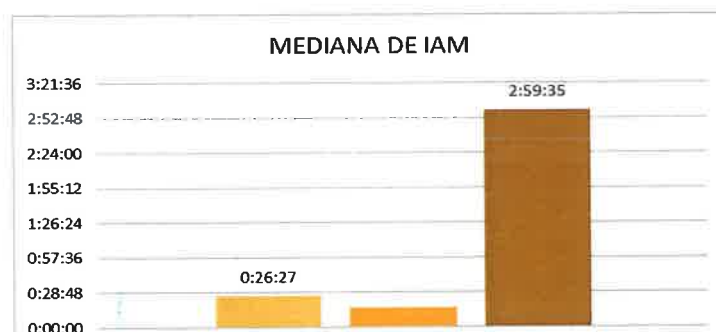
Entretanto, identificam-se oportunidades de melhoria principalmente nos atendimentos de maior criticidade (**Laranja e Vermelho**), sendo recomendadas as seguintes ações:

- Reavaliação da priorização clínica na porta de entrada;
- Otimização do fluxo assistencial para casos muito urgentes e emergenciais;
- Ajuste no dimensionamento e tempo-resposta das equipes assistenciais;
- Reforço dos protocolos institucionais de classificação de risco;
- Monitoramento contínuo dos indicadores de tempo de espera por prioridade clínica.

Essas medidas são fundamentais para reduzir o tempo de espera dos pacientes críticos, fortalecer a segurança assistencial e ampliar a conformidade operacional com os parâmetros do Protocolo de Manchester.

5. Análise dos Indicadores do Protocolo de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio)

O monitoramento dos atendimentos a pacientes com sintomas sugestivos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é essencial para garantir assistência rápida, segura e baseada em protocolos clínicos estabelecidos, considerando que se trata de uma emergência tempo-dependente, em que atrasos no diagnóstico e tratamento aumentam significativamente o risco de complicações e mortalidade.



UPA SANTA
Inalva Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
--	---	---

INDICADOR	RESULTADO
Nº de Protocolo IAM Aberto	36
Tempo Médio Porta - ECG	14min e 16s
Percentual de ECG Realizado até 10 Minutos	34,29%
Quantidade de ECG	200
Percentual dentro do protocolo	34,29%
Percentual fora do protocolo	65,71%

Análise do Indicador – Protocolo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

No período analisado, foram realizados **200 atendimentos** relacionados ao protocolo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O tempo médio entre o registro no totem e a triagem foi de **00:14:16**, enquanto o tempo médio entre o registro no totem e a alta foi de **06:30:28**.

No que se refere ao tempo assistencial inicial, observa-se que o intervalo até a triagem demonstra necessidade de maior agilidade no atendimento dos pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda, considerando a criticidade clínica e a necessidade de rápida estratificação de risco.

Em relação ao tempo total até a alta, o indicador de **06 horas e 30 minutos** evidencia permanência assistencial prolongada, possivelmente relacionada à necessidade de estabilização clínica, realização de exames complementares, monitorização contínua e definição terapêutica dos casos atendidos na linha de cuidado do IAM, especialmente quanto à redução do tempo-resposta inicial, visando maior conformidade com os protocolos assistenciais e maior segurança no manejo dos pacientes críticos.

Dessa forma, recomenda-se:


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
--	---	---

- Otimização do fluxo prioritário para pacientes com dor torácica;
- Reforço da identificação precoce de sinais sugestivos de IAM na recepção e classificação de risco;
- Monitoramento contínuo dos tempos assistenciais do protocolo;
- Avaliação periódica da adesão às diretrizes clínicas institucionais;
- Fortalecimento das ações de resposta rápida para casos cardiovasculares críticos.

Ressalta-se a importância do acompanhamento sistemático deste indicador ao longo dos meses subsequentes, visando análise de tendência, avaliação da efetividade das intervenções implementadas e promoção da melhoria contínua da qualidade assistencial.

Segue tabela extraída do sistema MV (CIDs R074/ R072/ I209)

CID	TOTEM	TRIAGEM	ALTA_MEDICA	TOTEM-TRIAGEM	TOTEM-ALTA
R072	30/04/2026 19:32	30/04/2026 19:56	30/04/2026 21:36	0:24:00	1:39:15
R072	30/04/2026 23:19	30/04/2026 23:23	02/05/2026 08:30	0:03:56	33:06:32
R074	01/04/2026 19:08	01/04/2026 19:42	01/04/2026 22:43	0:34:05	3:00:16
R074	03/04/2026 16:54	03/04/2026 16:56	22/04/2026 08:24	0:01:28	447:28:11
R074	04/04/2026 01:36	04/04/2026 01:39	04/04/2026 15:33	0:03:08	13:53:38
R074	04/04/2026 18:31	04/04/2026 18:38	17/04/2026 10:43	0:06:25	304:05:09
R074	06/04/2026 13:56	06/04/2026 13:59	06/04/2026 15:41	0:03:05	1:41:33
R074	08/04/2026 11:33	08/04/2026 11:52	08/04/2026 14:05	0:18:50	2:12:44
R074	08/04/2026 14:36	08/04/2026 15:37	09/04/2026 02:40	1:01:03	11:02:14
R074	09/04/2026 21:25	09/04/2026 22:30	10/04/2026 00:17	1:05:20	1:46:06
R074	10/04/2026 00:14	10/04/2026 00:26	22/04/2026 14:52	0:11:49	302:26:22
R074	11/04/2026 20:03	11/04/2026 20:33	12/04/2026 01:53	0:29:52	5:19:33
R074	11/04/2026 23:08	11/04/2026 23:21	12/04/2026 01:24	0:13:24	2:02:23
R074	12/04/2026 09:39	12/04/2026 09:47	12/04/2026 12:33	0:08:04	2:45:06
R074	14/04/2026 16:47	14/04/2026 17:42	23/04/2026 09:02	0:54:19	207:20:22
R074	14/04/2026 19:25	14/04/2026 19:32	14/04/2026 21:42	0:06:45	2:09:26
R074	15/04/2026 15:08	15/04/2026 15:46	15/04/2026 17:54	0:38:49	2:07:02
R074	15/04/2026 21:10	15/04/2026 21:11	23/04/2026 10:24	0:01:11	181:12:32
R074	16/04/2026 19:29	16/04/2026 19:44	16/04/2026 22:25	0:15:44	2:40:06
R074	16/04/2026 22:12	16/04/2026 22:13	23/04/2026 13:24	0:01:06	159:10:47
R074	17/04/2026 13:56	17/04/2026 14:10	18/04/2026 00:36	0:14:16	10:25:19
R074	18/04/2026 13:36	18/04/2026 14:00	24/04/2026 16:20	0:24:13	146:20:00
R074	19/04/2026 12:52	19/04/2026 12:54	24/04/2026 15:37	0:01:49	122:43:37

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
--	---	---

R074	19/04/2026 14:39	19/04/2026 14:40	19/04/2026 21:59	0:00:48	7:18:39
R074	20/04/2026 10:09	20/04/2026 10:44	20/04/2026 11:40	0:35:16	0:55:22
R074	21/04/2026 20:05	21/04/2026 20:17	22/04/2026 01:35	0:11:57	5:17:43
R074	23/04/2026 15:50	23/04/2026 17:43	23/04/2026 21:25	1:53:13	3:41:15
R074	23/04/2026 16:12	23/04/2026 17:55	23/04/2026 21:39	1:42:48	3:43:52
R074	23/04/2026 17:44	23/04/2026 18:14	30/04/2026 09:05	0:30:26	158:50:38
R074	25/04/2026 11:09	25/04/2026 11:22	25/04/2026 14:05	0:13:12	2:42:11
R074	28/04/2026 18:18	28/04/2026 18:43	29/04/2026 00:37	0:24:14	5:53:50
R074	29/04/2026 00:35	29/04/2026 00:56	02/05/2026 08:59	0:21:04	80:02:34
R074	29/04/2026 08:55	29/04/2026 09:08	02/05/2026 09:04	0:13:06	71:55:27
R074	30/04/2026 09:27	30/04/2026 09:46	30/04/2026 16:17	0:19:10	6:30:28
R074	30/04/2026 21:14	30/04/2026 21:19	01/05/2026 07:58	0:05:09	10:38:10

6. Análise dos Indicadores de Protocolo de AVC (Acidente Vascular Cerebral)

O monitoramento contínuo da quantidade de casos e do tempo porta-encaminhamento demonstra compromisso com a assistência baseada em protocolos, com foco na rapidez terapêutica e na melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes atendidos.

No mês de abril de 2026, foram registrados 04 casos de **AVC não especificado ou Isquêmico (I64)**. Os pacientes deram entrada na UPA conforme tabela abaixo do sistema MV

CID	TOTEM	TRIAGEM	ALTA_MEDICA	TOTEM-TRIAGEM	TOTEM-ALTA
I64	02/04/2026 16:57	02/04/2026 17:05	16/04/2026 16:54	0:07:56	335:48:23
I64	04/04/2026 09:05	04/04/2026 09:07	05/04/2026 04:16	0:01:25	19:08:51
I64	17/04/2026 06:43	17/04/2026 06:59	28/04/2026 12:05	0:15:49	269:05:28
I64	28/04/2026 14:01	28/04/2026 15:07	30/04/2026 17:23	1:05:56	50:15:33

MED. AVC - TOTEM - TRIAGEM	MED. AVC - TOTEM - ALTA
0:11:52	159:40:31

UPA Santa Inês
Inalva Santos
Diretora Geral

	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
---	---	---

Análise do Indicador – Protocolo AVC

O tempo médio entre o registro no totem e a triagem foi de **00:11:52**, demonstrando resposta inicial adequada para atendimento de pacientes com suspeita de AVC. Entretanto, o tempo médio entre o registro no totem e a alta foi de **159:40:31**, permanecendo acima do padrão esperado.

Ressalta-se que o paciente se encontrava fora da janela terapêutica para trombólise, condição que pode justificar maior permanência assistencial e necessidade de estabilização clínica prolongada. Conforme diretrizes do Ministério da Saúde e recomendações internacionais, pacientes fora da janela terapêutica podem demandar manejo clínico e monitoramento contínuo, não sendo elegíveis para terapias de reperfusão imediata.

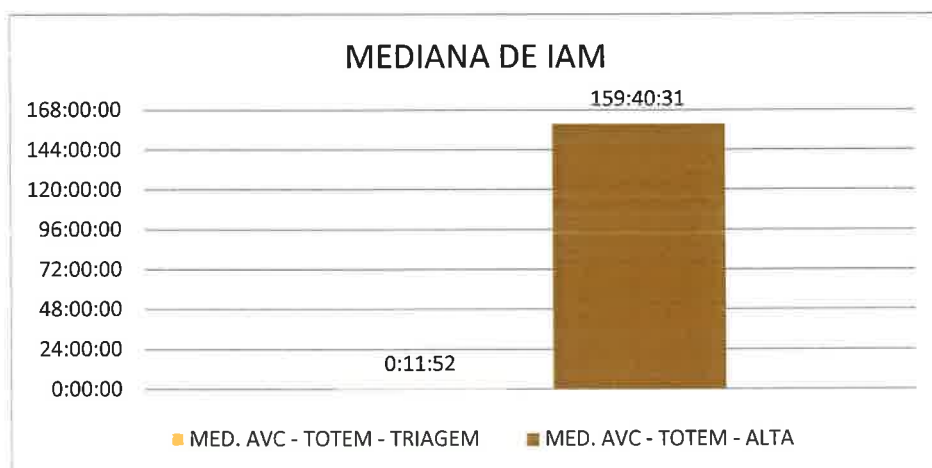


TABELA DE AVALIAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL

Etapa do Atendimento	Avaliação	Interpretação Gerencial
Início dos sintomas → procura de ajuda	Atraso provável	Possível demora no reconhecimento dos sinais de AVC pela população
Transporte pré-hospitalar	Possível demora	Indica fragilidade no tempo de resposta e deslocamento até a rede de urgência
Chegada na UPA	✓ Fora da janela terapêutica	Paciente já chega fora do tempo ideal para trombólise (> 4h30)


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
--	---	---

Etapa do Atendimento	Avaliação	Interpretação Gerencial
Regulação / transferência	✓ Sem impacto em trombólise	Paciente não elegível para terapia de reperfusão

7. Análise dos Indicadores do Protocolo FAST TRACK

Uma das estratégias adotadas pela unidade para evitar a superlotação é o **Fast Track**, sistema de triagem rápida e direcionamento eficiente dos pacientes, visando reduzir o tempo de espera e otimizar o fluxo assistencial para casos de baixa complexidade.

A distribuição do tempo de atendimento evidencia concentração significativa de pacientes acima de 20 minutos, com predominância no grupo **maior que 30 minutos**, indicando ponto de atenção no processo de priorização e resolução dos atendimentos de menor complexidade.

Distribuição dos pacientes por tempo de atendimento:

Tempo	Quantidade Pacientes	Tempo Médio	Percentual
0 a 5 minutos	02	2,5 minutos	0,6%
5 a 10 minutos	03	7,5 minutos	0,9%
10 a 15 minutos	11	12,5 minutos	3,3%
15 a 20 minutos	19	17,5 minutos	5,6%
20 a 30 minutos	79	25 minutos	23,4%
> 30 minutos	224	40 minutos	66,3%
TOTAL	338	34 minutos	100%

Os resultados dos **338 atendimentos classificados como prioridade verde**, no contexto do protocolo de Classificação de Risco de Manchester e do fluxo **Fast Track**, demonstram que o tempo médio de atendimento foi de aproximadamente **30 minutos**. Esse resultado indica que, de forma geral, o objetivo do protocolo foi alcançado, uma vez que os pacientes de baixa complexidade foram atendidos dentro de um tempo compatível com o esperado para essa categoria assistencial.

9. Referência Bibliográfica

UPA SATATE
Inalva Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL INDICADORES	
--	--	---

- MV Sistemas. **Sistema MV – Prontuário Eletrônico do Paciente e Módulo de Gestão Assistencial.** Belo Horizonte: MV Sistemas; 2020 (ano da versão utilizada).
- Manual institucional do Sistema MV e relatórios gerenciais extraídos do painel de indicadores assistenciais.

Jaboatão dos Guararapes, 07 de maio de 2026


 Danielly Carneiro
 NPPH/604017
 Educação Permanente
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE


 Gisele Tenório - Enfermeira
 Enfermeira Diarista
 COREN/PA 5728
 UPA SOTAVE


 UPA SOTAVE
 Inalva Santos
 Diretora Geral

000097

ANEXO II


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335

contato@s3saude.com.br





RELATÓRIO MENSAL

000098



EDUCAÇÃO PERMANENTE

Área Emitente:
Educação Permanente**Responsável pela Emissão:**
Danielly Carneiro**Data da Emissão:**
07/05/2026**TIPO DE REUNIÃO:**
Reunião de planejamento das
ações do Núcleo de Educação
Permanente**REDATOR:**
Danielly
Carneiro**DATA:**
07/05/2026**INÍCIO:**
14h30
min**TÉRMINO:**
15h30min**Planejamento das Ações do Núcleo de Educação Permanente**

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (presente/ausente)	ASSINATURA
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	Danielly carneiro
Gisele de Oliveira B. Tenório	Presente	Gisele de Oliveira
Ivana Barbosa	Presente	Ivana Barbosa
Larissa Oliveira	ONLINE	
Paulo Carvalho	Presente	Paulo Carvalho
Rafaelly Monike Marques Melo	AUSENTE	
Luciana Cardoso	Presente	

ATA DA REUNIÃO

ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Elaboração de metas do NEPH	Danielly Carneiro
2	Planejamento das ações de saúde na unidade	Danielly Carneiro
3	Levantamento das necessidades de treinamentos	Danielly Carneiro

UPA SOTAVO
Inalda Santos
Diretora Geral



A Lei de Educação Permanente em Saúde no Brasil, instituída pela Lei nº 11.129/2005, busca promover a formação continuada e a atualização dos profissionais de saúde. Essa legislação reconhece que a educação deve ser um processo contínuo, integrado ao cotidiano dos trabalhadores e às necessidades do sistema de saúde. Segundo Teixeira (2008), a educação permanente em saúde, é crucial para uma formação que considere as especificidades do trabalho em saúde. Por este motivo faz-se necessário à capacitação dos colaboradores com a finalidade de torná-lo apto para execução de suas tarefas apresentando a estatística mensalmente dos treinamentos realizados na unidade, tendo como base os indicadores da educação permanente: Estamos desenvolvendo estratégias inclusivas que atendam tanto as equipes diurnas quanto as noturnas, com o objetivo de garantir que todos os colaboradores tenham acesso igualitário às oportunidades de desenvolvimento e engajamento. Para facilitar a comunicação e o acompanhamento das atividades, será disponibilizado um calendário detalhado que incluirá informações sobre os eventos, treinamentos e outras ações programadas para o mês. Esse calendário servirá como uma ferramenta prática para que todos os colaboradores, independentemente do turno, possam se planejar e participar das iniciativas propostas, fortalecendo o nosso compromisso com a capacitação contínua e o bem-estar de todos.

RELATÓRIO MENSAL – EDUCAÇÃO CONTINUADA | ABRIL 2026

Durante o mês de abril de 2026, a UPA Sotave intensificou as ações da educação continuada, ampliando o número de treinamentos, reuniões e atividades institucionais em comparação ao mês de março, reforçando a qualificação profissional, segurança assistencial e integração das equipes.

Capacitações e Treinamentos (09)

1. Treinamento de ECG – Capacitação da equipe assistencial para realização e interpretação de eletrocardiogramas.
2. Treinamento de Bombas de Infusão – Uso seguro e correto dos equipamentos.
3. Protocolos de Acolhimento e Identificação do Paciente – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
4. Treinamento – Fluxo de Acidente de Trabalho (POP) – Técnica de segurança Camila Marques.
5. Gestão da Triagem – Classificação de Risco (Manchester) – PROADI-SUS.
6. Padroniza S3 / Sistema Qualiex – Alinhamento sobre uso do sistema institucional.
7. Reforço do acesso as pastas públicas (POP).
8. Orientações sobre Código de Ética e Identidade Institucional

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



9. Pesquisa de Satisfação (em todos os espaços de acolhimento dos pacientes da unidade).

Campanhas e Ações Institucionais (07)

1. Abril Verde – Ação de conscientização em saúde e segurança do trabalho.
2. Abril Azul / TEA – Sala de espera educativa e palestra com Dr. Marcelo Rodrigues sobre protocolo TEA.
3. Pausa ativa – Fortalecimento da confiança entre colaboradores.
4. Comemoração do Dia da Copeira – Valorização profissional.
5. Aniversariantes do mês – Integração da equipe.
6. Sala de espeta – TEA com assistente social
7. Pausa ativa – dinâmica lideranças entre colaboradores

Integração e Gestão (06 reuniões)

1. Reunião de Lideranças – Última quarta-feira do mês para alinhamento entre setores.
2. Reuniões das Comissões (Óbito, Prontuário, CCIH, NQSP e Educação Continuada) – Avaliação de relatórios e indicadores.
3. Integração de novos colaboradores – Apresentação de protocolos e cultura institucional.
4. Reunião da equipe assistencial – Alinhamentos operacionais e assistenciais.
5. Huddle – Alinhamentos diários entre equipes.
6. Alinhamento entre lideranças sobre protocolos sazonais.

Resultados e Impactos

Em comparação ao mês de março, observou-se aumento significativo das ações:

- **Ações institucionais:** de 5 para 7
- **Treinamentos:** de 6 para 9
- **Reuniões:** de 4 para 6

As iniciativas contribuíram para maior adesão aos protocolos institucionais, fortalecimento da cultura de segurança do paciente e do colaborador, melhoria da comunicação entre equipes e valorização profissional, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada e na satisfação de pacientes e acompanhantes.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE

000101



AÇÕES DESENVOLVIDAS – ABRIL /2026

ATIVIDADE – 01

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada atividade educativa em sala de espera, conduzida pelo serviço social, abordando o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

TEMÁTICA: Conscientizar pacientes e acompanhantes sobre o TEA, incluindo identificação de sinais, importância do diagnóstico precoce, acolhimento adequado e orientação sobre o cuidado e a inclusão.

PÚBLICO-ALVO: Acompanhantes e pacientes.



ATIVIDADE – 02

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada a reunião de lideranças, ocorrida na última quarta-feira do mês, com participação de todas as lideranças da unidade.

TEMÁTICA: Alinhar o calendário institucional, protocolos, fluxos, treinamentos e outras demandas operacionais, fortalecendo a comunicação, a padronização e a gestão das equipes.

PÚBLICO-ALVO: Lideranças da unidade.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



000102

ATIVIDADE – 03

ATIVIDADE DIVERSA: Foram realizadas reuniões das comissões da unidade, incluindo Óbito, Prontuário, NQSP, Educação Continuada e CCIH, com análise dos indicadores de adesão aos treinamentos dos protocolos institucionais.

TEMÁTICA: Avaliar os relatórios de cada comissão, acompanhar o cumprimento dos protocolos e verificar a participação das equipes nos treinamentos, fortalecendo a gestão da qualidade e a segurança assistencial.

PÚBLICO-ALVO: Membros das comissões e equipes responsáveis pelos protocolos da unidade.



ATIVIDADE – 04

ATIVIDADE DIVERSA: Realizada ação educativa com o Dr. Marcelo, pediatra, abordando o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e reforço do protocolo da unidade.

TEMÁTICA: Orientar colaboradores sobre o atendimento adequado de pacientes com TEA, reforçando os protocolos institucionais e práticas de acolhimento humanizado.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE

000103



ATIVIDADE – 05

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada ação educativa em alusão ao **abril Verde**, conduzida pela técnica de segurança do trabalho Camila Marques.

TEMÁTICA: Conscientizar todos os colaboradores sobre **prevenção de acidentes de trabalho, uso correto de EPIs, protocolos de segurança e medidas de prevenção no ambiente laboral.**

PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade.



ATIVIDADE – 06

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada a **reunião do Padroniza S3 Saúde**, ocorrida no final do mês, com participação de todas as unidades sob gestão S3.

TEMÁTICA: Alinhar **protocolos, fluxos e temas assistenciais** entre as unidades, promovendo padronização, integração e fortalecimento das boas práticas institucionais.

PÚBLICO-ALVO: Gestores e equipes das unidades geridas pela S3 Saúde.



UPA SANTOS
Inalva Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE

000104



ATIVIDADE – 07

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre **protocolos de acolhimento e identificação do paciente** (pulseira, placa beira leito e identificação de acesso venoso periférico), ministrado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

TEMÁTICA: Capacitar a **equipe assistencial** para garantir a correta identificação dos pacientes, promover acolhimento seguro e padronizar os processos de segurança assistencial.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial da unidade.



ATIVIDADE – 08

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado **treinamento de ECG (eletrocardiograma)**, direcionado à equipe assistencial da unidade.

TEMÁTICA: Capacitar a equipe para **realização correta do ECG, interpretação básica dos resultados e manuseio seguro dos equipamentos**, garantindo qualidade e segurança na assistência ao paciente.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial da unidade



UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

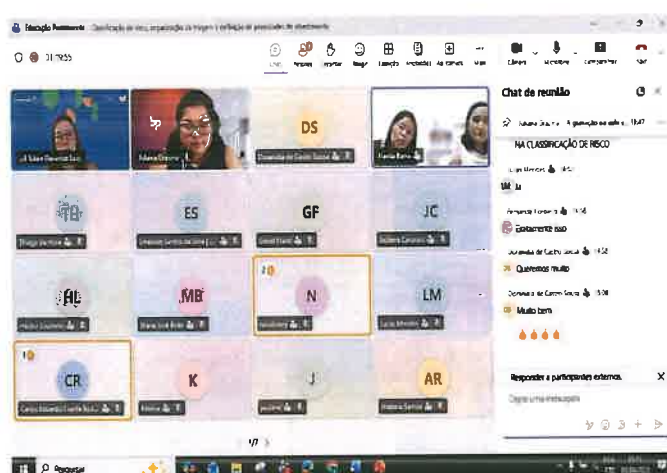
EDUCAÇÃO PERMANENTE

**ATIVIDADE – 09**

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento do PROADI-SUS sobre **Gestão da Triagem: Classificação de Risco e Priorização Clínica**, destinado aos colaboradores da unidade.

TEMÁTICA: Aperfeiçoar o conhecimento técnico e a tomada de decisão dos profissionais na triagem, promovendo maior eficiência, segurança no atendimento e organização do fluxo assistencial.

PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade envolvidos no processo de acolhimento e classificação de risco.

**ATIVIDADE-10**

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada a integração de novos colaboradores da equipe de enfermagem, com apresentação dos principais protocolos institucionais, identidade organizacional e Código de Ética. Também foram apresentados os responsáveis pelos setores de acolhimento, Educação Continuada, Recursos Humanos, Segurança do Trabalho e Coordenação de Enfermagem.

TEMÁTICA: Integração institucional e alinhamento de práticas, promovendo o conhecimento das normas, fluxos e valores da unidade, favorecendo a adaptação e o desempenho seguro das atividades assistenciais.

PÚBLICO-ALVO: Novos colaboradores da equipe de enfermagem



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE

000106



ATIVIDADE – 11

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada reunião com a equipe assistencial e lideranças da unidade.

TEMÁTICA: Reconhecimento do potencial da equipe de forma integral, promovendo valorização profissional, integração entre os colaboradores e fortalecimento do trabalho em equipe, visando a melhoria contínua da assistência prestada.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial e lideranças da unidade.



ATIVIDADE – 12

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado *huddle* (reunião rápida) com as lideranças da unidade, atividade que ocorre diariamente.

TEMÁTICA: Reconhecimento do potencial da equipe de forma integral, promovendo valorização profissional, integração entre os colaboradores e fortalecimento do trabalho em equipe, visando a melhoria contínua da assistência prestada.

PÚBLICO-ALVO: Lideranças da unidade.



UPA SOLANGE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



000107

ATIVIDADE – 13

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento com os novos colaboradores sobre os protocolos disponíveis em pasta pública.

TEMÁTICA: Promover a capacitação dos novos colaboradores quanto aos protocolos institucionais, garantindo a padronização dos processos, segurança na assistência e qualidade no atendimento prestado.

PÚBLICO-ALVO: Novos colaboradores da unidade.



ATIVIDADE-14

ATIVIDADE DIVERSA: Realização de pausa ativa com a dinâmica “Líderes Inspiradores”, promovendo momento de integração, reflexão e fortalecimento do trabalho em equipe entre os colaboradores.

TEMÁTICA: Estimular o bem-estar físico e emocional, além de desenvolver habilidades comportamentais por meio da valorização de atitudes inspiradoras no ambiente de trabalho, incentivando liderança positiva, motivação e cooperação entre a equipe.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



000108

ATIVIDADE – 15

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada reunião de alinhamento in loco sobre os protocolos assistenciais com a equipe.

TEMÁTICA: Reforçar a compreensão e a aplicação dos protocolos institucionais, promovendo a padronização dos processos, segurança na assistência e qualidade no atendimento prestado.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.



ATIVIDADE-16

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado um momento de pausa ativa em comemoração ao Dia da Copeira, promovendo integração e valorização das colaboradoras.

TEMÁTICA: Reconhecer a importância das copeiras na unidade, incentivando o bem-estar, a motivação e o espírito de equipe.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradoras do serviço de copa.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE

000109



ATIVIDADE – 17

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado reforço com a equipe sobre a importância da satisfação dos pacientes e acompanhantes na unidade.

TEMÁTICA: Sensibilizar os colaboradores quanto à qualidade do atendimento, acolhimento e comunicação, visando a melhoria da experiência do paciente e de seus acompanhantes.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.



ATIVIDADE – 18

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado reforço sobre o código de ética e a identidade institucional, com orientações distribuídas nos setores, ministrado pelo supervisor Paulo Carvalho.

TEMÁTICA: Promover a conduta ética e o alinhamento com os valores institucionais, fortalecendo a cultura organizacional e a postura profissional.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.



ATIVIDADE – 19

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada dinâmica em grupo voltada ao fortalecimento da confiança entre os colaboradores.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



TEMÁTICA: Estimular a confiança mútua, o trabalho em equipe e a cooperação entre os profissionais, favorecendo um ambiente organizacional mais integrado e colaborativo.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.

**ATIVIDADE – 20**

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada a comemoração dos aniversariantes do mês na unidade, destinada a todos os colaboradores.

TEMÁTICA: Promover integração, valorização e bem-estar da equipe, fortalecendo o vínculo entre os colaboradores e incentivando um ambiente de trabalho acolhedor e motivador.

PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade.

**Cronograma de Capacitação e Conscientização – ABRIL 2026**

No mês de abril de 2026, a equipe da **UPA Sotave** executou um cronograma de capacitações e ações institucionais, alcançando aproximadamente **92% dos colaboradores da unidade**.

UPA SOTAVE
Inácia Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



Foram realizadas:

- **Treinamentos:** 9
- **Ações / Campanhas:** 7
- **Reuniões:** 6

O cronograma reforça o compromisso da unidade com a qualificação contínua dos profissionais, segurança do paciente, integração da equipe e melhoria dos processos institucionais, consolidando a Educação Permanente em Saúde como eixo estratégico da gestão e da qualidade institucional.

Jaboatão dos Guararapes, 07 de maio de 2026.



Danielly Carneiro

Coren-PE 693017

Educação Permanente

DANIELLY TOMAZ DE MENDONÇA CARNEIRO
Enf. Núcleo Educação Permanente

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

Relatório Circunstancial do Serviço Social UPA SOTAVE – ABRIL/2026

No mês de Abril, o Serviço Social desta unidade atuou de forma multidisciplinar, atendendo e encaminhando pacientes que não tinham perfil do serviço, afim de garantir a continuidade da assistência de acordo com os princípios do SUS. Nessa perspectiva, os pacientes receberam orientações e informações sobre o acesso à rede de suporte e retaguarda do Município, bem como, outros serviços especializados, considerando que esses não estão contemplados no perfil de atendimento da unidade. Assim, esses pacientes e seus familiares foram atendidos, acolhidos e orientados, fortalecendo ainda mais a estratégia da promoção social e dos vínculos familiares e comunitários.

Nosso serviço vem contribuindo para o processo de promoção e recuperação da saúde por meio de atividades integradas com as políticas públicas, contando com o apoio da equipe da Educação Permanente, Núcleo da Qualidade, Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Central Judicial do Idoso, Centro de testagem e aconselhamento em IST, Centro de ressocialização - CREAS entre outros, através da localização e convocação de familiares, responsáveis ou rede de apoio dos pacientes por faixa etária, criança, adolescente, idoso e pessoas com deficiência que chegam ou permanecem na unidade desacompanhados. Participando ativamente com a equipe multiprofissional no processo de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência e abuso, encaminhando aos órgãos responsáveis por essas demandas, conforme Protocolo de atendimento à violência, além da elaboração de relatórios sociais, mediações de possíveis conflitos internos entre usuários, orientações diversas sobre o SUS e demais políticas públicas.

Durante o mês de abril, o Serviço Social da Unidade desenvolveu ações voltadas à promoção da saúde e à conscientização da população sobre temas relevantes, por meio de atividades educativas realizadas no formato de salas de espera. Em alusão ao Abril Azul – mês mundial de conscientização sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA), foram realizadas salas de espera abordando a importância da informação, do respeito às diferenças e da inclusão das pessoas autistas na sociedade. As atividades destacaram a necessidade de combater o preconceito e a desinformação, trazendo orientações sobre o que é o TEA, seus sinais e características, bem como a importância do diagnóstico precoce e do acompanhamento adequado. Também foram enfatizados os direitos das pessoas com autismo, a importância do acolhimento pelas famílias, pela comunidade e pelos serviços de saúde, além do papel fundamental da rede de apoio no desenvolvimento e na qualidade de vida dessas pessoas.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

As ações buscaram promover reflexões sobre empatia, respeito e inclusão, incentivando atitudes mais conscientes e acolhedoras no cotidiano, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e acessível para todos.

As atividades desenvolvidas ao longo do mês reafirmam o compromisso do Serviço Social e desta Unidade de Pronto Atendimento com a promoção da saúde integral, a educação em saúde e o fortalecimento de ações comunitárias, contribuindo para uma assistência mais humanizada, acolhedora e preventiva.



ATIVIDADES	NÚMERO DE AÇÕES DO MÊS
ATENDIMENTO SOCIAL (CLASSIFICAÇÃO AZUL)	29
DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE	19
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO	8
OBITO (acolhimento e orientações)	5
NOTIFICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR	2
ATENDIMENTOS DIVERSOS	1.063
CÓPIA DE PRONTUÁRIO (ENTREGA AO PACIENTE)	2
SALA DE ESPERA (AÇÕES DE SAÚDE)	102
ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO DO PEP	12
NOTIFICAÇÕES	7
TOTAL DE AÇÕES DO MÊS	1.249

Betânia Guimarães
Assistente Social

PI Betânia

ELISANGELA M. TEODOZIO
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS 13678/4ª REGIÃO

UPA 24h
Inalva Santos
Diretora Geral

ANEXO III


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

Gerenciamento de Resíduos - PGRSS**UPA SOTAVE**

A partir da promulgação da Política Nacional de Resíduos Sólidos, Lei 12.305/2010, foi exigida, dos setores públicos e privados, maior transparência no gerenciamento de seus resíduos através da elaboração de Planos de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde - PGRSS. O PGRSS da UPA Sotave considera a quantidade de resíduos gerados pela unidade, que requer soluções técnicas e ambientalmente seguras de coleta, tratamento, disposição final e o perfil de atendimento.

A UPA - Sotave disponibiliza atendimento clínico, pediátrico e odontológico, dispondo em suas instalações consultórios, salas de observações amarela e vermelha, enfermarias, com total de 18 leitos, medicação, ECG - Eletrocardiograma, sutura e curativo, sala de coleta, Raio X, Farmácia, CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico, Refeitório e área administrativa.

Os resíduos do Serviço de Saúde gerados nas dependências da UPA, foram caracterizados conforme RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 da ANVISA, e descritos abaixo:

GRUPO A – Resíduos potencialmente infectantes, com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

GRUPO B – Resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente.

GRUPO D - Resíduos comuns que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares

GRUPO E - resíduos perfurocortantes e escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas e utensílios de vidro quebrados no laboratório (tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Descarte e Acondicionamento

Grupo A – Infectantes.

Os resíduos sólidos pertencentes ao Grupo A, são acondicionados em sacos plásticos de cor branca leitoso ou saco vermelho de acordo com a classificação dos resíduos e identificados com simbologia de “substância infectante”. Contidos em cestos com tampa e pedal de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Os recipientes são resistentes a tombamento e são respeitados os limites de peso de cada invólucro.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GRUPO B – Recipientes de material resistente com tampa e compatível às substâncias químicas, sem líquido ou sólido. O descarte é realizado de acordo com a substância contida no recipiente.



GRUPO D – Cestos com ou sem tampa tanto para o comum como para o reciclado.



UPA S3
Inalda Santos
Diretora Geral

GRUPO E – Caixas de perfuro cortante tipo Descartex.



A segregação e armazenamento adequado dos resíduos por grupos estão sendo realizada conforme plano de ação contido no PGRSS da unidade, no momento e local de sua geração, conforme as características físicas, químicas, biológicas, estado físico e riscos envolvidos, acondicionando e dispensando-os nos devidos compartimentos, todos identificados.



Produção de resíduos do mês abril de 2026:

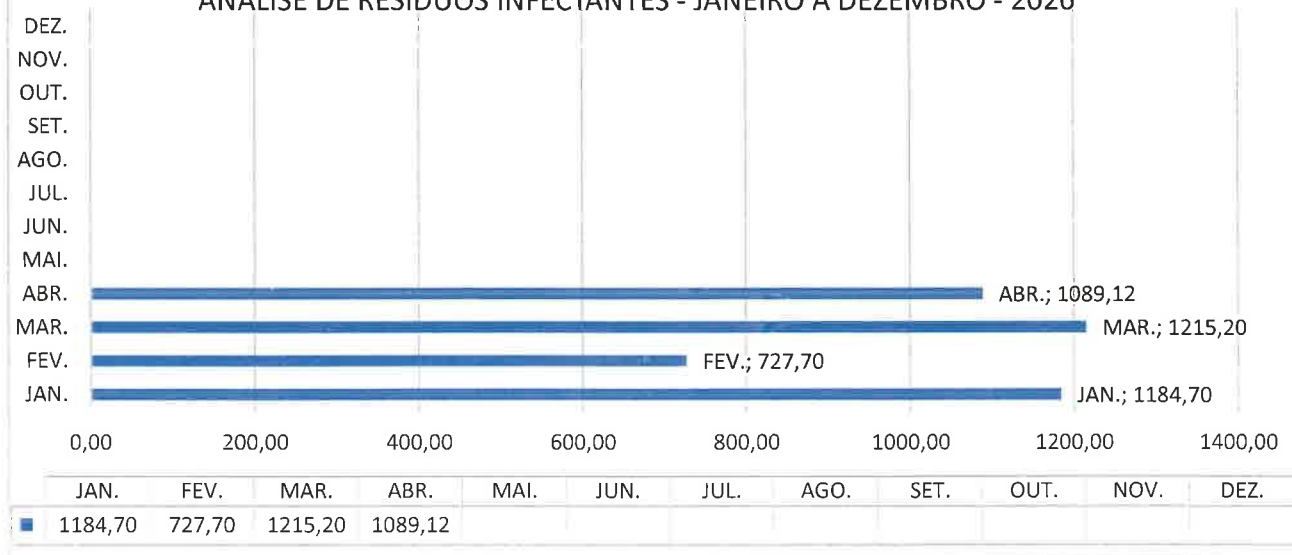
Conforme os dados abaixo, verificamos que em **abril de 2026** foram produzidos e gerenciados **1089,12kg** de lixo infectados.

UPA 24h
Inalva Santos
Diretora Geral

COLETA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS — ABRIL/2026

BOMBONAS	PESO LÍQUIDO (KG)	DATA
2	50	01/04/2026
3	64,5	03/04/2026
5	148,12	06/04/2026
3	72,4	08/04/2026
3	62	10/04/2026
4	112,4	13/04/2026
3	78,5	15/04/2026
3	71	17/04/2026
4	103,2	20/04/2026
4	93,6	22/04/2026
3	69,7	24/04/2026
4	107,5	27/04/2026
4	56,2	29/04/2026
45	1089,12	

ANÁLISE DE RESÍDUOS INFECTANTES - JANEIRO A DEZEMBRO - 2026



UPA SOTAVE
Paulo Carvalho
Supervisor Administrativo

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000119

ANEXO IV


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

RELATÓRIO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

UPA – SOTAVE

ABRIL/2026

A S3 Gestão em Saúde na busca para atender com qualidade e melhoria contínua a execução da gestão da manutenção predial, elaborou e implementou um programa de manutenção corretiva, preventiva e rotineira nas edificações a unidade, UPA – Unidade de Pronto Atendimento Eduardo Campos - Sotave, baseada na NBR 5674/2012 que define as edificações como suporte físico para a realização direta ou indireta de todas as atividades produtivas e possuem, portanto, um valor social fundamental. Todavia, as edificações apresentam uma característica que as diferencia de outros produtos: elas são construídas para atender a seus usuários durante muitos anos, e ao longo deste tempo de serviço devem apresentar condições adequadas ao uso a que se destinam, resistindo aos agentes ambientais e de uso que alteram suas propriedades técnicas iniciais, além de serem importantes para a segurança e qualidade de vida dos usuários, são essenciais para a manutenção dos níveis de desempenho ao longo da vida útil projetada.

Para atingir maior eficiência e eficácia na administração de uma edificação ou de um conjunto de edificações, é necessária uma abordagem fundamentada em procedimentos organizados em um sistema na gestão da manutenção, segundo uma lógica de controle de qualidade e de custo.

Na Unidade de Pronto Atendimento em Sotave, Jaboatão dos Guararapes-PE, foram realizadas ações preventivas conforme expertise técnica do auxiliar de manutenção, mediante supervisão, e também por empresas especializadas, terceirizadas, contratados por essa unidade, a fim de preservar o bem imóvel público, importantes para segurança e qualidade de vida dos usuários e colaboradores, conforme descrito e anexos neste relatório.

Durante o mês de abril/2026, foram realizadas as seguintes atividades: 1) soldagens no leito da sala amarela; Instalação de um suporte para cilindro PPU de oxigênio para transporte na cadeira de rodas, ajustes na cadeira dos recepcionistas e na cadeira da farmácia; 2) Manutenção corretiva mensal do gerador; 3) Pintura nas camas beliches dos repousos, na escada de acesso ao telhado; 4) Instalação da cobertura na área do gerador; 5) Manutenção corretiva semanal dos ares-condicionados; 6) Vedação das lâmpadas nos vazados, com silicone; 7) Capinação na área externa da UPA; 8) Manutenção de piso nas recepções adulto e pediátrica; 9) Instalação de um novo portão para o acesso às lixeiras, necrotério e entrega de mercadorias; 10) Instalação de um refletor na área dos gases medicinais; 11) Aplicação de massa plástica na porta de acesso ao gerador.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: leito da sala amarela com o rodízio quebrado.	SERVIÇO: soldagem do leito da sala amarela.
DATA DE EXECUÇÃO: 06/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 06/04/2026
STATUS ATUAL: antes	STATUS ATUAL: depois
	

SERVIÇO: instalação de um suporte para cilindro PPU de oxigênio para transporte dos pacientes.	SERVIÇO: soldagem na cadeira giratória da recepção.
DATA DE EXECUÇÃO: 06/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 06/04/2026
STATUS ATUAL: concluído	STATUS ATUAL: concluído
	

SERVIÇO: manutenção corretiva mensal do gerador.	SERVIÇO: pintura das camas beliches dos repousos.
DATA DE EXECUÇÃO: 09/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 09/04/2026
STATUS ATUAL: concluído	STATUS ATUAL: em andamento
	

SERVIÇO: pintura das camas beliches dos repousos.	SERVIÇO: pintura das camas beliches dos repousos.
DATA DE EXECUÇÃO: 09/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 09/04/2026
STATUS ATUAL: em andamento	STATUS ATUAL: concluído
	

UPA SOLANGE
Inalda Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: instalação da cobertura na área do gerador.	SERVIÇO: instalação da cobertura na área do gerador.
DATA DE EXECUÇÃO: 11/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 11/04/2026
STATUS ATUAL: antes	STATUS ATUAL: durante
	

SERVIÇO: instalação da cobertura na área do gerador.	SERVIÇO: manut. corretiva semanal nos ares-condicionados.
DATA DE EXECUÇÃO: 11/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 20/04/2026
STATUS ATUAL: depois	STATUS ATUAL: concluído
	

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: vedação das lâmpadas dos vazados, com silicone.	SERVIÇO: soldagem na cadeira da farmácia.
DATA DE EXECUÇÃO: 20/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 22/04/2026
STATUS ATUAL: concluído	STATUS ATUAL: concluído
	

SERVIÇO: capinação na área frontal da UPA.	SERVIÇO: capinação na área frontal da UPA.
DATA DE EXECUÇÃO: 20/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 20/04/2026
STATUS ATUAL: em andamento	STATUS ATUAL: concluído
	

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: manut. de piso nas recepções adulto e pediátrica.	SERVIÇO: manut. de piso nas recepções adulto e pediátrica.
DATA DE EXECUÇÃO: 23/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 23/04/2026
STATUS ATUAL: em andamento	STATUS ATUAL: concluído
	

SERVIÇO: inst. do portão na área das lixeiras e necrotério.	SERVIÇO: inst. do portão na área das lixeiras e necrotério.
DATA DE EXECUÇÃO: 23/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 23/04/2026
STATUS ATUAL: em andamento	STATUS ATUAL: concluído
	

UPA SOPRIVE
Inalda Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: pintura da escada da manutenção.	SERVIÇO: pintura da escada da manutenção.
DATA DE EXECUÇÃO: 24/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 24/04/2026
STATUS ATUAL: antes	STATUS ATUAL: depois
	

SERVIÇO: substituição do refletor na área dos gases medicinais.	SERVIÇO: substituição do refletor na área dos gases medicinais.
DATA DE EXECUÇÃO: 28/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 28/04/2026
STATUS ATUAL: antes	STATUS ATUAL: depois
	

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000127

SERVIÇO: aplicação de massa plástica na porta do gerador.	SERVIÇO: aplicação de massa plástica na porta do gerador.
DATA DE EXECUÇÃO: 29/04/2026	DATA DE EXECUÇÃO: 29/04/2026
STATUS ATUAL: antes	STATUS ATUAL: depois
	

UPA SOTAVE
Paulo Carvalho
Supervisor Administrativo

UPA SOTAVE
Inalida Santos
Diretora Geral

000128

ANEXO V


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335

contato@s3saude.com.br



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

MÉDICOS		Abril																															CHM
NOME		CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
CLÍNICA MÉDICA																																	
1	ALBA ELENA SOUSA	CRM-PE 23.105																															
2	CAROLINA CASTANHA CAVALCANTI	CRM-PE 32.097																															
3	CRISTIANE MARIA BEZERRA SOARES	CRM-PE 11.886																															
4	DEBORAH LILY PESSOA DE SOUSA	CRM-PE 29.845																															
5	GEANDRA SARAH DE AZEVEDO DANTAS	CRM-PE 32.369																															
6	ISAC ANDERSEN	CRM-PE 38.235																															
7	JULIANA COUTO BARROS LIMA	CRM-PE 32.091																															
8	JULIETA HENNESSEY PIMENTEL	CRM-PE 37.124																															
9	KARINA ALCANTARA SILVA	CRM-PE 31.582																															
10	LYVIA NAYE BEZERRA DA SILVA	CRM-PE 32.292																															
11	MARIA ALICE REGO BARROS	CRM-PE 35.901																															
12	NATHALIA VAZ	CRM-PE 36.900																															
13	POLLYANA RABELO BORBIA CARVALHO AMORIM	CRM-PE 32.231																															
14	TAISSA MELANIA MOREIRA DE OLIVEIRA	CRM-PE 32.099																															
15	MARIO JORGE RIOS	CRM-PE 34.996																															
PEDIATRIA																																	
1	ANTONIO MARCELO CORDEIRO DE C JUNIOR	CRM-PE 33.739																															
2	DANIELLE L FIGUEIRA DE A AYMAR	CRM-PE 27.383																															
3	LIVIA SIBERIA NOBREGA	CRM-PE 37.043																															
4	MARCELO RODRIGUES DE SANTANA	CRM-PE 25.192																															
5	MARIA DO SOCORRO M DIAS DE A MELLO	CRM-PE 5.891																															
6	ALICE V LINS BORGES	CRM-PE 38.239																															
7	VITOR GABRIEL DE LIMA SIMPLICIO	CRM-PE 33.054																															
ANA CAROLINA																																	
SARAH SOARES																																	
BRANCA CAVALCANTI																																	
ALANA SOUTO MAIOR																																	
LIVIA LEANDRO																																	
CARLOS KLAUDIEL																																	
MARIA EDUARDA																																	

Legenda

OBSERVAÇÕES

D (7:00 AS 19:00)	N (19:00 AS 07:00)	LM-LICENÇA
AT-ATESTADO	F-FALTA - F-FERIAS	FER-FERIAS
* AVISO PRÉVIO		

Copiedação Geral Direção Geral

Copiedador do setor de trabalho

Marcelo Carvalho
Diretor Médico
CRM 33.739
13 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE

UPA SOTAVE

[illegible]

Legenda		F = Férias	L = Licença
MT	(07:00 AS 17:00)	M (07:00 às 12:00)	T (13:00 às 17:00)
N	(19:00 AS 07:00)	AD (08:00 às 17:00)	D (7:00 AS 19:00)

MT = Manhã e Tarde
M = Manhã
T = Tarde
N = Noite
AAD = Administrativo
D = Dia

UPA SOTAVE

Paulo Carvalho

Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of

Direção Geral

MT = Manhã e Tarde

M = Manhã

T = Tarde

N = Noite

AD = Administrativo

D = Dia

Subbarao

Direção Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
LUPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



UPA SOTAVE 2026

ABRIL

ODONTOLOGIA

NOME

CONSELI

NOME		CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
1	RENATA NEVES DE MORAES OLIVEIRA	6.680			D						D							D								D							
2	GESSICA KAROLINE B. DOS SANTOS	14.801																															
3	SAMUEL TITO A. PESSOA	17.935	D						D								D						D								D		
4	LAIS CAMILA ARAUJO L. OLIVEIRA	12.172						D							D			D				D							D				
5	DIEGO SAMPAIO GARCIA LEITE	18.535		D							D						D								D							D	
6	PATRICIA EUNICE V. MARINHO PEREIRA	ACD	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			-	MT	MT	MT				MT	-	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	M/T

Legenda		F = Férias
MT	(07:00 ÀS 17:00)	M (07:00 às 13:00)
N	(19:00 ÀS 07:00)	AD (08:00 às 17:00)

MT = Manhã e Tarde
M = Manhã
T = Tarde
N = Noite
AAD = Administrativo
D = Dia

Inalda Santos
Direção Geral

Marcelo Carvalho
Diretor Médico
CRM 33.739
Gestão em Saúde
A SOTAVE

Inalda Santos
Direção Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

000131

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

UPA SOTAVE

 SUS		 PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES		 GESTÃO EM SAÚDE																															
				FARMACIA																UPA SOTAVE															
																				abr/26															

MT = Manhã e Tarde
M = Manhã
T = Tarde
N = Noite
AAD = Administrativo
D = Dia

Coord./Resp. setor de trabalho

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

000132

UPA SOLANGE
Inalda Santos
Diretora Geral

 ORIENTAÇÃO EM SAÚDE  JABOATÃO DOSS SANTOS E DA DOUTORAS FREITAS  <th colspan="30">UPA SOTAVE</th>			UPA SOTAVE																															
			RAIO - X															abr/26																
CONSELHO			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM	
1	GIBSON DE SOUZA LOBO	07066 T	Q	Q	S	S	D	P						P							P													120
2	FABIANO SILVESTRE DE LIMA	01274 T						P								P														P				120
3	SCHERLEY ALENCAR VIEIRA DA SILVA	03488 T							P							P							P											120
4	FRANCISCO DE ASSIS OIVEIRA SANTO	00563 T	P							F							F							F										120
5	JOSÉ RENATO DE A.CARRERA	00715 T		P							P							P							P							P		120
6	ALEXSANDRO SANTOS DA ROCHA	00415 T			P							P							P							P								120
7	ANDERSON FREITAS	03626 T				P														P							P							120
8	RICHARD NIXON DA SILVA NETO	00742 T							P								P														P			120

Legenda		F = Férias		L = Licença	
MT (07:00 ÀS 17:00)		M (07:00 ÀS 13:00)		T (13:00 ÀS 19:00)	
N (19:00 ÀS 07:00)		AD (08:00 ÀS 17:00)		D (7:00 ÀS 19:00)	
P 24 horas					

MT = Manhã e Tarde
 D = Dia
 T = Tarde
 N = Noite
 AD = Administrativo
 D = Dia


 Rafaelly Melo
 Direção Assistencial


 Inalda Santos
 Direção Geral


Rafaelly Melo,
 Diretora Assistencial
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE


Inalda Santos
 Diretora Geral
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

000133



UPA SOTAVE

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

abr/26

NOME	CONSELHO	SERVIÇO SOCIAL																														CHM	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	ELISANGELA MARTINS	13.678	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	D	S	T	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	150
2	RENATO FELIPE FRANCELINO DOS SANTOS	13.545	D			D			D																								150
3	BETÂNIA MARIA GUIMARÃES DE OLIVEIRA	12.837			F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		150
4	AUMIRENE MARIA DE FRANÇA	12.289			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		150

NUTRICIONISTA

LARISSA OLIVEIRA DE ARRUDA	36.338	ATM												L= Licença											
		ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM	ATM
MT (07:00 AS 16:00)		M	(07:00 às 13:00)											T	(13:00 às 19:00)										
N (19:00 AS 07:00)		AD	(08:00 às 17:00)											D	(7:00 AS 19:00)										

MT = Manhã e Tarde

M = Manhã

T = Tarde

N = Noite

AD = Administrativo

D = Dia

ATM=Atestado Médico

Rafaelly Melo

Direção Assistencial

Rafaelly Melo

Diretora Assistencial

S3 Gestão em Saúde

UPA SOTAVE

Inalda Santos

Direção Geral

Inalda Santos

Diretora Geral

S3 Gestão em Saúde

UPA SOTAVE

000134

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



UPA SOTAVE

MAQUEIRO

abr/26

NOME

- 1 ALMIR VALÊNCIA DOS SANTOS
- 2 SEVERINO RIBEIRO JÚNIOR
- 3 JOSÉ PEDRO GOMES SILVA
- 4 JOSUÉ GALDINO DE ARAUJO

Legenda

N (19:00 ÀS 07:00)
N (19:00 ÀS 07:00)

F = Férias

M (07:00 às 13:00)
AD (08:00 às 17:00)

L = Licença

T (13:00 às 19:00)
D (7:00 ÀS 19:00)

MT = Manhã e Tarde
M = Manhã
T = Tarde
N = Noite
AD = Administrativo
D = Dia
E = Extra

Rafaelly Melo
Direção Assistencial

Inalda Santos
Direção Geral

Rafaelly Melo,
Diretora Assistencial
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000135

 GRATÃO EM SAÚDE  JABOATÃO CROSS GUARAPES 		UPA SOTAVE																															
		CONDUTORES															abr/26																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		CHM
		Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q		220
		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220	
		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		220	
																																220	
		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220	
1 PAULO MARCONDES ARCOVERDE FERREIRA																																	
2 JOSÉ SÉRGIO DA SILVA																																	
3 MANOEL ALVES DOS SANTOS																																	
4 CARLOS JOSÉ MOURA DA SILVA																																	
5 DOUGLAS RAMOS DA SILVA																																	

Legenda		F = Férias		L = Licença	
MT (07:00 ÀS 17:00)		M (07:00 às 13:00)		T (13:00 às 19:00)	
N (19:00 ÀS 07:00)		AD (08:00 às 17:00)		D (7:00 ÀS 19:00)	

MT = Manhã e Tarde
 M = Manhã
 T = Tarde
 N = Noite
 AD = Administrativo
 D = Dia


 Rafaelly Melo
 Dir. Assistencial


 Inalda Santos
 Direção Geral


Rafaelly Melo
 Diretora Assistencial
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE


Inalda Santos
 Diretora Geral
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE

000136


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

NOME

CONSELHO

ENFERMEIROS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
1 LUCIANA CRISTINA CARDOSO DOS ANJOS	Q	Q	Q	S	S	D	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	CHM
2 GISELE DE OLIVEIRA BARBOSA TENÓRIO	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	200horas
3 DANIELLY TOMAZ DE MENDONÇA CARNEIRO	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	200horas
4 ALESSANDRA OLIVEIRA SANTIAGO (classificação)	PC	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	200horas
5 CLAUDETE CRUZ DUARTE ALENCAR	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	200horas
6 CLAUDIA REJANE OLIVEIRA S LIMA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	200horas
7 EDINALDO JUNIOR	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	200horas
8 MAYARA LUIZE GONÇALVES DE S PEREIRA(classific)	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	200horas
9 MARCELO ALVES DA SILVA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	200horas
10 FERNANDO LEDO PONTES	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	200horas
11 GUNTHERBERG DE SANTANA LEITE (classificação)	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	200horas
12 MARIA LUIZA CHAVES DA S MIRANDA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	200horas
13 THAIS CAROLINE NUNES DA SILVA (classificação)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	200horas
14 JONAS AMORIM DA SILVA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	200horas
15 MARCIA TEXEIRA GOMES	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	200horas
16 MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO BATISTA (classificação)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	200horas
17 LUARA VITORIA CANDIDO (classificação)	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	200horas
18 WILLYANE XIMENES	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	200horas

Legenda

MT (07:00 AS 17:00)

N (19:00 AS 07:00)

F = Férias

M (07:00 AS 13:00)

AD (08:00 AS 17:00)

L = Licença

T (13:00 AS 19:00)

D (7:00 AS 19:00)

MT = Manhã e Tarde

M = Manhã

T = Tarde

N = Noite

AD = Administrativo

D = Dia

Coord./Resp. setor de trabalho

Luciana Cardoso
Coord. Enfermagem
COREN/PE 385887
UPA SOTAVE

Direção Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

000137

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



UPA SOTAVE

LABORATÓRIO

abr/26

NOME

1 ANDERSON MÁXIMO DA SILVA

2 JAILSON VIEIRA DA SILVA

3 TARCISIO KLEBER ARAUJO DA SILVA

4 ITHYANA THAIS DE MELO ALVES

5 LUANA SILVA DE FARIAS

Legenda

MT (07:00 ÀS 17:00)

N (19:00 ÀS 07:00)

F = Férias

M (07:00 às 13:00)

AD (08:00 às 17:00)

L = Licença

T (13:00 às 19:00)

D (7:00 ÀS 19:00)

MT = Manhã e Tarde

M = Manhã

T = Tarde

N = Noite

AD = Administrativo

D = Dia

Rafaelly Melo

Direção Assistencial

Inalda Santos

Direção Geral

UPA SOTAVE

Inalda Santos

Diretora Geral

S3 Gestão em Saúde

UPA SOTAVE

000138

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



UPA SOTAVE

SECRETARIA DE SAÚDE

NOME

CONSELHO

COPA

abr/26

NOME		CONSELHO																													
1	EDILENE EDILZA	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	CHM
2	MARIA VALDENICE	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	160	
3	RAFAELA CRISTINA	SN	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	160
4	ROSIMERE CAVALCANTE	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	160
5	LUCIENE MARIA	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	160

Legenda	F = Férias	L = Licença
MT (07:00 AS 17:00)	M (07:00 às 13:00)	T (13:00 às 19:00)
N (19:00 AS 07:00)	AD (08:00 às 17:00)	D (7:00 AS 19:00)

MT = Manhã e Tarde
M = Manhã
T = Tarde
N = Noite
AD = Administrativo
D = Dia

Coord./Resp. setor de trabalho

Direção Geral

Inalda Santos

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

000139

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



10

CONSELHO

ADMINISTRATIVO

abr/26

UPA SOTAVE
Paulo Carvalho
Coord. Resp. setor de trabalho
Supervisor Administrativo

Direção Geral

Pradipanto

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

000140

MT = Manhã e Tarde
M = Manhã
T = Tarde
N = Noite
AD = Administrativo
D = Dia

UPA SOLANGE
Inalda Santos
Diretora Geral



Legenda		F = Férias	L = Licença
	MT (07:00 ÀS 17:00)	M (07:00 às 12:00)	T (13:00 às 17:00)
	N (19:00 ÀS 07:00)	AD (08:00 às 17:00)	D (7:00 ÀS 19:00)

UPA SOTAVE,
Paulo Carvalho
Supervisor Administrativo
Coord. Resp. Soter de trabalho

Direção Geral
Inalda Santos
33
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVIA
Inalda Santos
Diretora Geral

000142







UPA SOTAVE

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ABRIL

NOME

CONSELHO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT
374352	531312																													
2	AURELICE MARIA BALBINO (PEDIATRIA)																													
3	ALESSANDRA DE OLIVEIRA PAES (APOIO PEDIATRIA)																													
4	JAQUELINE FERREIRA DA SILVA (POSTO/SETOR)																													
5	JOANA SOARES DE S. TRAVASSOS (POSTO/OCME)																													
6	MAURISIA CONCEIÇÃO DE O. SANTANA (POSTO)																													
7	KARLSON BARROS TRAJANO																													
8	MARYSTELA BIONES DE LIMA (REMOÇÃO)																													
9	ELISANGELA MARIA DA SILVA (POSTO/PUPLSEIRAS)																													
10	RAFASELA SANTOS DE M. APARICIO																													
11	JOHN ERIC DE LIMA (POSTO/PUPLSEIRAS)																													
12	JAQUELINE SILVA DE CARVALHO (SALA VERMELHA 1)																													
13	LEONARDO INACIO DE MEDEIROS (POSTO/PUPLS)																													
14	NOEMIA M DOS SANTOS SILVA (SALA VERM 2)																													
15	IVONETE DE PAULA DAS NEVES																													
16	VALQUIRIA FERREIRA DA SILVA (PEDIATRIA)																													
17	ANDREZA MARIA DA SILVA ARRUDA (REMOÇÃO/FAST)																													
18	ANA PAULA PEREIRA DE MENDOÇA (POSTO/AVES)																													
19	HUGLA MARIA DA SILVA LUIZ (POSTO)																													
20	NEIDE DA SILVA FERREIRA (POSTO/OCME)																													
21	ABEL JOSÉ DOS SANTOS (POSTO/PUPLSEIRAS)																													
22	DEGNAL JUNIOR DE O. MARTINS (SALA VERMELHA 2)																													
23	IVANILZA M. A. DE AMORIM DOS SANTOS (POSTO)																													
24	VITORIA LARISSA SILVA PACHECO (SALA VERMELHA 1)																													
25	LIVIA HENRIQUE DOS SANTOS (POSTO/OCME)																													
26	DANILLO VICENTE MONTEIRO (REMOÇÃO)																													
27	DAVID FRANCISCO LARETE (REMOÇÃO)																													
28	TÁLIA MARIA SILVA DE OLIVEIRA (SALA VERMELHA 1)																													
29	ZILANDIA RODRIGUES DE FRANCA (PEDIATRIA)																													
30	MARIA JOSE DE SOUZA FELIX (POSTO/SETOR)																													
31	ADAILDE SILVA DE PAULA DA CRUZ (POSTO)																													
32	THAMIRIS FERREIRA DA LUZ (POSTO)																													
33	ROSILEIDE GALVAO L. NASCIMENTO (PEDIATRIA)																													
34	MARIA ELAINE DE OLIVEIRA (POSTO)																													
35	RITA DE CÁSSIA ALVES S. VIEIRA (POSTOS (ACESSOS))																													
36	RILZO KELLES SANTOS BENEITO (REMOÇÃO)																													
37	ELIVANIA ALVES XAVIER (POSTO/OCME)																													
38	KAROLINA ROCHA DE PAULA (POSTO)																													
39	LEIDJANE DA SILVA DOMINGOS (POSTO/SETOR)																													
40	CASSIA ALVES DOS SANTOS (SALA VERMELHA 2)																													

F = Férias

L = Licença

T (13:00 às 19:00)

D (7:00 às 19:00)

M (07:00 às 17:00)

AD (08:00 às 17:00)

Legenda

MT (07:00 às 17:00)

N (19:00 às 07:00)

Coord. Resp. setor de trabalho

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

Geral

MT = Manhã e Tarde

M = Manhã

T = Tarde

N = Noite

AD = Administrativo

D = Dia

UPA SOTAVE
Inalida Santos
Diretora Geral

Inalida Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

Luciana Cardoso
Coord. Resp. setor de trabalho
UPA SOTAVE

 GERIATRIA EM SAÚDE  JABOATÃO DOS GUARARAPES 			UPA SOTAVE																																	
			Agentes de portaria																			abr/26														
NOME			CONSELHO			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
						Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	MT	
1	ALLISSON JOSÉ GONÇALVES DE MOURA			MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	220
2	FRANCISCO VALBERIS			D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	220	
3	JOSÉ ELENILSON DA SILVA			F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	220	
4	JOSÉ JONALVE MONTEIRO ALVES			D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	220	
5	ROBSON FERREIRA DA SILVA			D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	220	
6	GLEBSON JONATA DA SILVA			D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	220	
7	LEONARDO JOSÉ DA SILVA			N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	220	
8	JEFFERSON ROBERTO PEREIRA DA SILVA			N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	220	
9	ADRIANO VALÊNCIO			N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	220	
10	FRANCISCO DE ASSIS			N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	220	

UPA SOTAVE
Paulo Carvalho
Supervisor Administrativo
Coord./Resp. setor de trabalho

UPA SOTAVE
Inalida Santos
Diretora Geral

Legenda	
MT (07:00 ÀS 17:00)	F = Férias
N (19:00 ÀS 07:00)	M (07:00 às 12:00)
	AD (08:00 às 17:00)
	L = Licença
	T (13:00 às 17:00)
	D (7:00 ÀS 19:00)

MT = Manhã e Tarde
M = Manhã
T = Tarde
N = Noite
AD = Administrativo
D = Dia

000143

UPA SOTAVE
Inalida Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000144



GESTÃO EM SAÚDE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335



contato@s3saude.com.br