



GESTÃO EM SAÚDE

Mais de
70 anos
de assistência

UPA SOTAVE

RELATÓRIO GERENCIAL

JULHO/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 e gráfico dos Atendimentos por Classificação da Pediatria.	10
4.3 Planilha Resumida de Atendimentos Por Procedimentos Diários	11
4.4 Planilha Resumida e gráfico das Remoções de Pacientes Diário	13
4.5 Planilha de Atendimento Por Tipo De Resultado	17
4.6 Relatório de Atendimentos Por Cid	18
4.7 Gráfico de Atendimento Por Hora	18
4.8 Planilha e Gráfico de Atendimento Por Faixa Etária	19
4.9 Planilha Resumida De Óbitos Diário	20
4.10 Relatório de Atenção ao Usuário	20
4.11 Relatório de resolução das queixas (ouvidoria).....	22
5. Qualidade da Informação	23
6. Relatório de Atendimento de Referência e Contra Referência	28
7. Campo de Ensino e Pesquisa	29
8. Faturamento	29
9. Informações Complementares.....	32
10. Considerações Finais	34
11. Anexos	35

UPA SOTAVE
Inalda 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 Quarto Relatório Gerencial do contrato de gestão Nº 001/2022 onde será possível apresentar o desempenho da equipe no período de 01 a 31 de JULHO/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
Inalda 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 31 de JULHO de 2026, evidenciando as metas qualitativas e quantitativas definidas no âmbito do Contrato de Gestão N° 001/2022, ratificando o compromisso da S3 Estratégias e Soluções em Saúde com a transparência e qualidade dos serviços prestados.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000004

3

RESUMO MENSAL

No presente mês, a Unidade de Pronto Atendimento realizou 4.534 atendimentos de urgência e emergência, sendo 3.781 de Clínica Geral, 469 Pediatria, 278 de odontologia e 6 do serviço Social. 4.536 foram triados pela classificação de risco, sendo 43 classificados como vermelho, 60 como laranja, 919 amarelos, 3.505 verdes, além de 9 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 77,27%, enquanto as urgências (amarelo) ocuparam um percentual de 20,26% e os casos de muito urgente (laranja) 1,32%, emergência (vermelho) 0,95% e os casos não urgentes (azul) totalizaram 0,20%, destes 287 permaneceram em observação na unidade, onde 1.505 tiveram alta após medicação, 143 deles foram transferidos para outra unidade de tratamento e 13 evoluíram para óbito.

Em relação aos procedimentos realizados, 3.663 foram de exames laboratoriais análise clínica 25,71% do total de procedimentos, 456 de Raio X ou 3,20%, 210 de ECG – Eletrocardiograma ou 1,47%, 444 da odontologia ou 3,12%, além da medicação no total de 9.315 doses administradas, representando 65,38% do total geral de 14.247 dos procedimentos efetuados na unidade no mês de JULHO.

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 devido a sazonalidade das doenças respiratórias infantil, aditamos o Contrato de gestão para acrescentar mais 01 médico pediatra na escala por 24 horas, os sete dias da semana, totalizando quatro médicos emergencistas, 2 clínicos e 2 pediatras, 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.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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.

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

4

ATIVIDADE ASSISTENCIAL

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

4.1 Planilha Resumida de Atendimentos, Classificação, óbitos e remoções diárias;

4.2 Planilha Resumida e gráfico dos Atendimentos por Classificação da **Pediatria**;

4.3 Planilha Resumida de Atendimentos por procedimentos diários;

4.4 Planilha Resumida e gráfico das Remoções de pacientes diário;

4.5 Planilha de Atendimento por tipo de resultado;

4.6 Relatório de Atendimentos por CID;

4.7 Gráfico de Atendimento por hora;

4.8 Planilha e Gráfico de Atendimento por faixa etária;

4.9 Planilha Resumos de óbitos diário;

4.10 Relatório de Atenção Ao Usuário;

4.11 Relatório de Resolução das Queixas (ouvidoria)



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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 83,39% do total de atendimentos da unidade, seguido pela pediatria com 10,34%, odontologia com a média de 6,13% de atendimentos e Serviço Social com menos de 0,13% 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 4.536 atendimentos no Acolhimento com Classificação de Risco, foram classificados um total de 9 pacientes como azul, 3.505 como verdes, 919 como amarelos, 60 como laranja e 43 pacientes como vermelho.

Vale ressaltar que dos 4.536 acolhimentos e classificação realizados no mês de JULHO foram efetivados 4.534 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



GESTÃO EM SAÚDE

000008

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



GESTÃO EM SAÚDE

Resumo de Atendimentos Pediatria

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE

Mês/Ano: julho/2025

DIA/SEMANA		Mês/Ano: julho/2025																															Total	Mês/dia	%
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	31					
Qua	176	151	132	124	80	154	149	184	166	147	146	115	209	142	157	147	153	116	96	178	137	131	133	164	120	104	172	159	161	154	139	4.536	137	%	
ESPECIALIDADES																																			
CLÍNICA GERAL																																			
132	124	99	102	61	161	122	162	134	123	130	97	181	114	128	124	127	105	86	138	113	112	117	143	109	90	141	131	131	127	117	3.781	137	100,00		
CLÍNICA GERAL																																			
23	14	18	22	19	21	21	12	18	11	16	18	17	15	19	15	13	11	10	19	11	5	6	19	11	13	14	17	15	14	12	463	15	10,34		
PEDIATRIA																																			
19	13	15	0	0	12	6	10	14	13	0	0	10	13	10	6	13	0	0	21	13	14	10	2	0	0	17	11	13	13	10	278	9	6,13		
ODONTOLÓGIA																																			
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	6	0,13			
ASSISTENTE SOCIAL																																			
CLASSIFICAÇÃO																																			
176	151	132	124	80	154	149	184	166	147	146	115	209	142	157	147	153	116	96	178	137	131	133	164	120	104	172	159	161	154	139	4.536	137	%		
VERMELHO (Emergência)																																			
3	1	2	2	1	1	1	0	3	2	0	1	2	0	1	0	2	0	3	3	0	0	0	1	4	1	0	4	1	0	4	43	1	0,95		
LARANJA (Muito urgente)																																			
0	1	2	2	0	3	2	2	0	2	4	1	2	3	2	2	5	2	1	2	1	1	3	3	4	2	3	0	1	2	60	2	1,32			
AMARELO (Urgente)																																			
44	41	29	31	37	34	39	31	44	38	29	28	44	25	20	32	27	17	16	20	31	28	14	37	27	30	25	22	21	23	35	919	30	20,26		
VERDE (Pouco Urgente)																																			
128	108	99	89	42	156	106	151	119	105	113	85	160	114	133	112	119	97	76	153	104	102	116	122	85	70	145	130	138	130	98	3.505	113	77,27		
AZUL (Não Urgente)																																			
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	9	0	0,20		
ÓBITO																																			
0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	15	0	100,00		
Dia de Hoje:																																			
REMOÇÕES																																			
5	5	3	5	3	5	5	8	9	7	6	2	3	4	8	4	4	7	1	4	4	5	4	4	5	2	4	3	6	4	4	143	5	100,00		

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



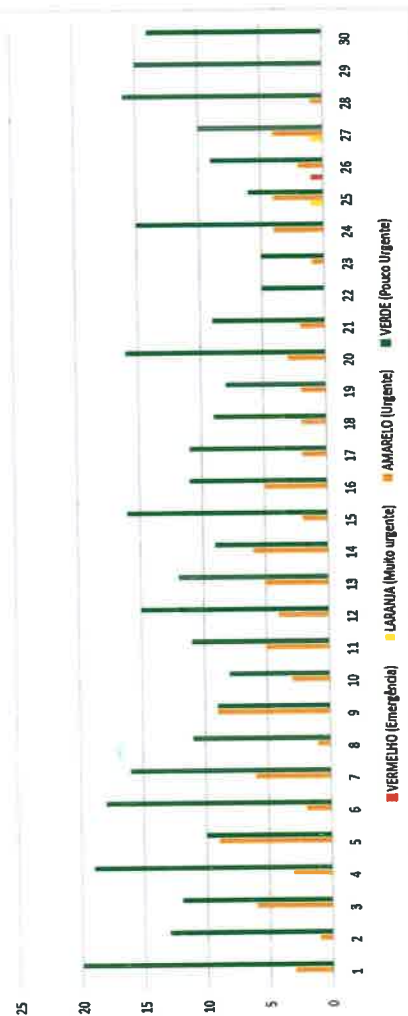
GESTÃO EM SAÚDE

000009

4.2 PLANILHA RESUMIDA E GRÁFICO DOS ATENDIMENTOS POR CLASSIFICAÇÃO DA PEDIATRIA

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	31	Total	Med/dia	%
PEDIATRIA	23	14	18	22	19	20	22	12	18	11	16	19	17	15	18	16	13	11	10	19	11	5	6	19	11	12	15	17	15	14	10	468	15	100,00
VERMELHO (Emergência)	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	1	2	0	0,43
AMARELO (Urgente)	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	2	0	0,43
VERDE (Pouco Urgente)	3	1	6	3	9	2	6	1	9	3	5	4	5	6	2	5	2	2	2	3	2	0	1	4	4	2	4	1	0	0	2	59	3	21,15
LARANJA (Muito urgente)	20	13	12	19	10	18	16	11	9	8	11	15	12	9	16	11	11	9	8	16	9	5	5	15	6	9	10	16	15	14	9	307	12	78,42

ATENDIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO - PEDIATRIA



UPA SOLANGE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000010

4.3 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 S3 SAÚDE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000011

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



GESTÃO EM SAÚDE

Resumo de Atendimentos por Especialidade

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE

Mês/Ano: julho/2025

DIA/SEMANA																																Total	Med/dia	%
	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	31			
PROCEDIMENTOS	Qui	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex			
	604	477	365	491	330	577	482	490	456	455	457	304	585	555	440	403	493	343	396	464	514	443	394	574	351	329	561	537	463	427	487			
RAIOS X	11	16	11	19	14	19	17	15	22	19	12	12	37	28	11	4	5	2	1	9	21	15	9	10	15	13	18	20	18	15	18			
	196	137	98	114	94	116	135	96	82	83	116	72	133	127	113	81	166	108	137	92	143	130	123	190	81	95	141	147	84	76	157			
LABORATORIAIS	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	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			
NEBULIZAÇÃO	1	7	4	7	6	10	9	4	8	5	7	5	8	11	5	8	9	1	3	2	12	5	7	13	7	9	6	6	7	7	11			
	361	288	230	349	209	407	307	356	313	308	315	210	389	359	287	291	290	229	253	329	305	262	239	357	245	211	369	344	322	302	279			
MEDICAÇÃO	8	4	6	2	7	10	8	5	9	5	7	5	4	4	6	7	7	3	2	4	4	1	4	2	3	1	5	6	12	4	4			
	8	4	6	2	7	10	8	5	9	5	7	5	4	4	6	7	7	3	2	4	4	1	4	2	3	1	5	6	12	4	4			
SUTURA/CURATIVO	27	25	16	0	0	15	6	14	22	35	0	0	14	26	18	12	16	0	0	28	29	30	12	2	0	0	22	14	20	23	18			
	27	25	16	0	0	15	6	14	22	35	0	0	14	26	18	12	16	0	0	28	29	30	12	2	0	0	22	14	20	23	18			
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICO																																		



GESTÃO EM SAÚDE

000012

4.4 PLANILHA RESUMIDA E GRÁFICO DAS REMOÇÕES DE PACIENTE DIÁRIO

No mês de JULHO 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.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000013

GESTÃO EM SAÚDE



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

Remoções

Unidade de Pronto Atendimento:

UPA SOTAVE

Mês/Ano:

julho/2026

#	ATEND.	DATA	PACIENTE	DESTINO	SENHA CENTRAL DE LEITOS
1	3294939	01/07/2026	R.S.F.S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7764846
2	3295176	01/07/2026	C.G.N.A.	HOSPITAL SANTO AMARO	2232644
3	3294904	01/07/2026	A.X.S.	HOSPITAL SANTO AMARO	2230280
4	3295826	01/07/2026	D.M.S.	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	7765342
5	3294762	01/07/2026	D.N.C.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7765501
6	3296157	02/07/2026	B.L.C.R.	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	7765659
7	3295917	02/07/2026	G.J.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7765392
8	3295234	02/07/2026	M.C.S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7765244
9	3294537	02/07/2026	M.J.M.L.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7765068
10	3295565	02/07/2026	E.F.S.	APAMI VITÓRIA DE STO ANTAO	2233510
11	3297017	03/07/2026	R.M.S.F.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	SEM SENHA
12	3296776	03/07/2026	L.D.S.	HOSPITAL SANTO AMARO	2237039
13	3298953	03/07/2026	E.F.S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2238486
14	3298301	04/07/2026	R.M.S.	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	2239468
15	3298539	04/07/2026	M.J.L.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	767310
16	3299305	04/07/2026	L.L.B.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7767836
17	3299862	04/07/2026	R.S.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7767921
18	3299744	04/07/2026	R.J.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7768053
19	3300405	05/07/2026	M.A.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7768489
20	3299990	05/07/2026	A.L.P.	HOSPITAL DOM HELDER	7768342
21	3300359	05/07/2026	I.M.G.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7768641
22	3301083	06/07/2026	P.H.R.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7768986
23	3300441	06/07/2026	L.L.S.	HOSPITAL EVANGÉLICO	2238645
24	3301463	06/07/2026	J.K.S.S.	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	2241000
25	3301056	06/07/2026	C.M.M.	HOSPITAL SANTO AMARO	2240937
26	3301233	06/07/2026	R.M.S.F.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	7769629
27	3300900	07/07/2026	J.C.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7769623
28	3302438	07/07/2026	M.J.R.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7770085
29	3302785	07/07/2026	J.O.N.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7769993
30	3304064	07/07/2026	M.C.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7770737
31	3301848	07/07/2026	R.G.N.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2242151
32	3303571	08/07/2026	A.B.S.A.	HOSPITAL DO IMIP	7770867
33	3304340	08/07/2026	S.N.C.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7770084
34	3304606	08/07/2026	M.J.L.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7771122
35	3304951	08/07/2026	C.M.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7771366
36	3302463	08/07/2026	I.G.S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2238653
37	3303103	08/07/2026	J.R.S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2241090
38	3304342	08/07/2026	M.P.E.S.	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	7770706
39	3305617	08/07/2026	A.H.R.M.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7771868
40	3304732	09/07/2026	J.F.C.F.	HOSPITAL JABOATÃO PRAZERES	2243124
41	3305658	09/07/2026	J.O.N.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7771893
42	3304357	09/07/2026	F.J.V.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7771895
43	3305240	09/07/2026	W.S.R.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	777558
44	3306043	09/07/2026	D.B.C.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2242648
45	3305621	09/07/2026	M.G.G.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2241207
46	3306193	09/07/2026	C.J.A.	HOSPITAL DOM HELDER	7772421
47	3305963	09/07/2026	G.M.S.	HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE	
48	3305829	09/07/2026	M.J.L.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7772000
49	3303352	10/07/2026	I.P.S.F.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7701016
50	3306945	10/07/2026	K.A.A.C.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7772976
51	3306921	10/07/2026	V.C.S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7772606
52	3307435	10/07/2026	S.M.S.	HOSPITAL SANTO AMARO	2244006
53	3307137	10/07/2026	K.E.S.	HOSPITAL GERAL DE AREIAS	2245658
54	3306264	10/07/2026	I.G.S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	2240211
55	3306086	10/07/2026	E.J.S.	HOSPITAL EVANGÉLICO	2243441
56	3307523	11/07/2026	L.G.S.A.	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	2246627
57	3307535	11/07/2026	J.D.T.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7773483
58	3307248	11/07/2026	E.P.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7773336
59	3309534	11/07/2026	S.Q.M.S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7774340
60	3306086	11/07/2026	E.J.S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7773826
61	3309031	11/07/2026	P.H.G.A.	HOSPITAL DOM HELDER	7774065
62	3309901	12/07/2026	A.A.A.F.	HOSPITAL DOM HELDER	7774815
63	3310413	12/07/2026	M.J.S.	HOSPITAL DOM HELDER	7775145
64	3310199	13/07/2026	A.F.S.	HOSPITAL EVANGÉLICO	2247617
65	3311320	13/07/2026	P.P.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7775829

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335

contato@s3saude.com.br





GESTÃO EM SAÚDE

000014

90	3311848	13/07/2026	F. A. P.	HOSPITAL DOM HELDER	7776140
97	3312674	14/07/2026	H. S. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2245744
98	3312765	14/07/2026	E. M. V.	HOSPITAL DOM HELDER	776843
99	3311977	14/07/2026	A. J. S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2247625
70	3312678	14/07/2026	M. J. R. S.	APAMI VITORIA DE STO ANTAO	2247614
71	33144084	15/07/2026	J.E.F.L	HOSPITAL DOM HELDER	7777727
72	3313876	15/07/2026	H.K.S.S	HOSPITAL DOM HELDER	7777590
73	3313160	15/07/2026	C. A. O.	HOSPITAL DOM HELDER	7777696
74	3314541	15/07/2026	M. B. O.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7778083
75	3314356	15/07/2026	R.L.S.S.C.	HOSPITAL GERAL DE AREIAS	2250237
76	301925	15/07/2026	V. G. N. F.	HOSPITAL GERAL DE AREIAS	2250436
77	3312817	15/07/2026	K.K.S.F.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7777583
78	3313785	15/07/2026	A.A.S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7777725
79	3314885	16/07/2026	M.G.	HOSPITAL DOM HELDER	7778669
80	3314878	16/07/2026	M. M. R.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7778408
81	3315873	16/07/2026	J. C. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7779160
82	3315621	16/07/2026	A. C. O.	HOSPITAL DOM HELDER	7779163
83	3316008	17/07/2026	A. P. S.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	2248572
84	3317353	17/07/2026	F. D. S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7779654
85	3316175	17/07/2026	F. J. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2252410
86	3317002	17/07/2026	M. J. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2251574
87	3317488	17/07/2026	M. C. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2256767
88	3317042	17/07/2026	J. F. S.	HOSPITAL EVANGÉLICO	2250771
89	3318250	17/07/2026	S. K. S. B.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7780150
90	3317982	18/07/2026	S. J. M. V.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2253897
91	3319365	19/07/2026	E. M. C.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7781122
92	3318705	19/07/2026	A. M. S. F.	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	SEM SENHA
93	3319787	19/07/2026	M. T. S. F.	HOSPITAL ARMINDO MOURA	2250812
94	3319900	19/07/2026	A. M. B. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7781713
95	3320201	20/07/2026	A. L. P. C.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7781752
96	3320426	20/07/2026	Z. M. S.	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	2254617
97	3321062	20/07/2026	A. V. M.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7782568
98	3320669	20/07/2026	V. M. C. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	2255998
99	3320807	21/07/2026	I. B. S.	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	2254761
100	3321062	21/07/2026	A. V. M.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7782799
101	3322164	21/07/2026	M. L. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7783098
102	3322292	21/07/2026	C. S. L.	HOSPITAL DOM HELDER	7783230
103	3322395	21/07/2026	C. C. S. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7782355
104	3323408	22/07/2026	A. S. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	2253907
105	3323821	22/07/2026	P. F. S. B.	HOSPITAL DOM HELDER	7783871
106	3322915	22/07/2026	J. M. S. R.	HOSPITAL OSWALDO CRUZ	7783736
107	3323129	22/07/2026	J. T. A.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7783972
108	3324376	23/07/2026	I. R. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7784304
109	3325309	23/07/2026	I. J. A.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7784925
110	3324205	23/07/2026	E. R. O.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2258592
111	3324279	23/07/2026	R. M. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7784216
112	3326258	24/07/2026	I. M. S. V.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7785449
113	3325773	24/07/2026	J. A. M.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7785428
114	3325555	24/07/2026	A. G. E.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7785280
115	3327077	24/07/2026	D. R. B.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7785867
116	3326435	24/07/2026	J. M. R.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2260601
117	3328403	25/07/2026	A. J. A.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7786864
118	3327840	25/07/2026	E. M. S. P. S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2261331
119	3328673	26/07/2026	A. P. S.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	SEM SENHA
120	33288373	26/07/2026	J. A. T.	HOSPITAL DOM HELDER	7787244
121	3329191	26/07/2026	R. G.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7787483
122	3329102	26/07/2026	J. Q. M.	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	2260915
123	3329872	27/07/2026	Y. V. S. S.	HOSPITAL OSWALDO CRUZ	7788091
124	3329550	27/07/2026	J. Á. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7788077
125	3329079	27/07/2026	C. M. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2259848
126	3331219	28/07/2026	J. Á. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7789076
127	3331751	28/07/2026	L. L. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7789078
128	3332664	28/07/2026	M. A. A. S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7789684
129	3331495	28/07/2026	M. C. B. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2261663
130	3331492	28/07/2026	M. J. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2261434
131	3331701	28/07/2026	M. A. S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7789701
132	3332099	29/07/2026	M. L. S. C.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7789443
133	3333892	29/07/2026	L. V. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7790266
134	3332946	29/07/2026	J. A. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7789920
135	3333267	29/07/2026	V. B. O.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2260759
136	3334677	30/07/2026	J. A. L.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7791307
137	3335279	30/07/2026	M. T. A. S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2265804
138	3335732	30/07/2026	J. G. A. S.	HOSPITAL SANTO AMARO	2265669
139	3334270	30/07/2026	J. D. M.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2261665
140	3335999	31/07/2026	L. G. F. S.	HOSPITAL DO IMIP	7791874
141	3334630	31/07/2026	M. M. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7791320
142	3336683	31/07/2026	J. C. O.	HOSPITAL DOM HELDER	7792474
143	33366537	31/07/2026	M. F. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7792619



GESTÃO EM SAÚDE

000015



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:

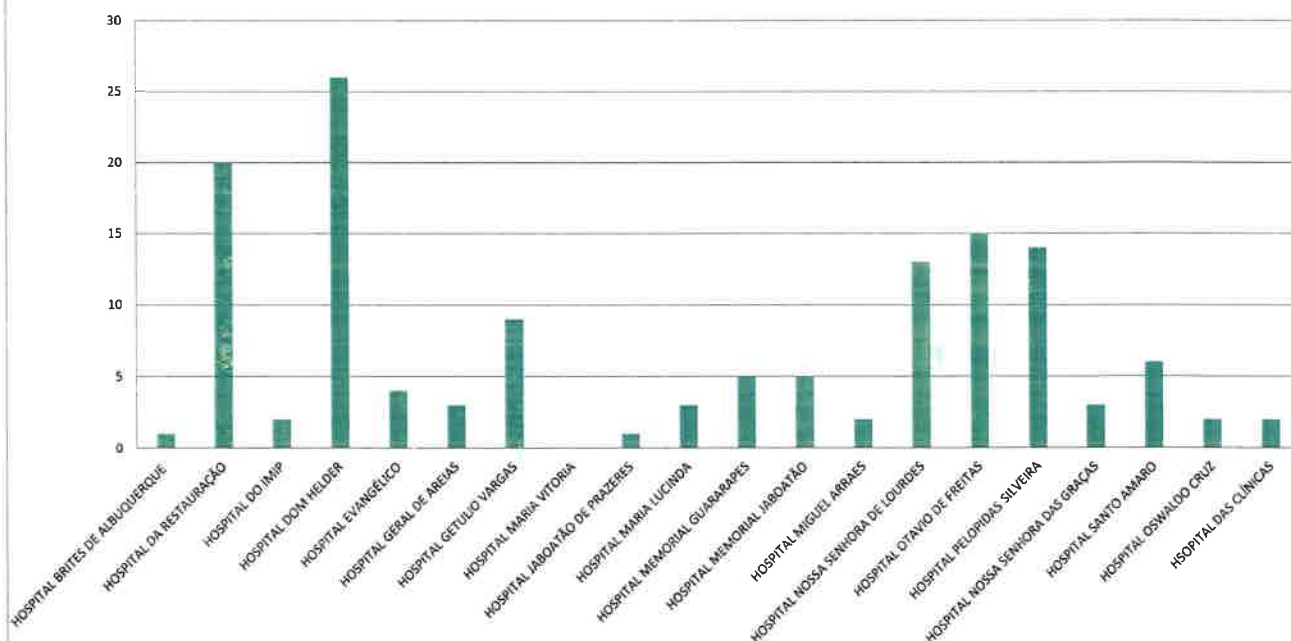
UPA SOTAVE

Mês/Ano:

julho/2026

HOSPITAIS	QUANTIDADE	%
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	4	2,80
HOSPITAL APAMI VITORIA DE STO ANTÃO	2	1,40
HOSPITAL ARMINDO MOURA	1	0,70
HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE	1	0,70
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	20	13,99
HOSPITAL DO IMIP	2	1,40
HOSPITAL DOM HELDER	26	18,18
HOSPITAL EVANGÉLICO	4	2,80
HOSPITAL GERAL DE AREIAS	3	2,10
HOSPITAL GETULIO VARGAS	9	6,29
HOSPITAL MARIA VITORIA	0	0,00
HOSPITAL JABOATÃO DE PRAZERES	1	0,70
HOSPITAL MARIA LUCINDA	3	2,10
HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	5	3,50
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5	3,50
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2	1,40
HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	13	9,09
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	15	10,49
HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	14	9,79
HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	3	2,10
HOSPITAL SANTO AMARO	6	4,20
HOSPITAL OSWALDO CRUZ	2	1,40
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	2	1,40
TOTAL	143	100,00

Gráfico de Remoção por Hospital



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br

(71) 4105-1335

contato@s3saude.com.br





GESTÃO EM SAÚDE

000016

Conforme a análise dos dados, vale destacar que as transferências seguiram em JULHO em ordem decrescente, para os hospitais: Hospital Dom Helder, Hospital da Restauração, seguidos do Hospital Otávio de Freitas, Pelópidas da Silveira e Hospital Nossa Senhora de Lourdes.

4.5 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 Julho tivemos que 30,98% dos pacientes tiveram alta após consulta, 33,09% após serem medicados, 16,45% receberam alta melhorado e 3,14% dos pacientes foram transferidos para hospitais de referência, regulados pela Central de Regulação.

O índice de evasão sem atendimento no mês de julho foi de 5,98%. 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: julho/2026		
Tipo de Resultado	Quantidade	%
ALTA APÓS CONSULTA	1409	30,98
ALTA APÓS MEDICAÇÃO	1505	33,09
ALTA MELHORADO	748	16,45
ALTA APÓS PROCEDIMENTOS	143	3,14
EVADIU-SE SEM ATENDIMENTO	202	4,44
EVADIU-SE APÓS PRIMEIRO ATENDIMENTO	70	1,54
PACIENTE ENCAMINHADO PARA AMBULATÓRIO	0	0,00
PERMANECE EM OBSERVAÇÃO	287	6,31
ALTA ADMINISTRATIVA POR ERRO OPERACIONAL	2	0,04
ALTA ADMINISTRATIVA	2	0,04
ALTA A PEDIDO	19	0,42
ALTA PARA INTERNACAO	0	0,00
ALTA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	5	0,11
ÓBITO	13	0,29
TERMO DE RESPONSABILIDADE	0	0,00
TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR	143	3,14
TOTAL	4548	100



GESTÃO EM SAÚDE

000017

4.6 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 JULHO. 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: 04/08/2026 16:45

Período de 01/07/2026 a 31/07/2026 - Cid:Todos - Tipo do Atendimento: Todos
Convenio: Todos

Cid		Permanencia Média	Total	% Total	% Acumulado
R520	DOR AGUDA	4	364	8,54 %	8,54 %
A09	DIARREIA E GASTROENTERITE ORIG INFECC PRESUM	1	363	8,51 %	17,05 %
M545	DOR LOMBAR BAIXA	1	326	7,65 %	24,70 %
B349	INFECC VIRAL NE	1	319	7,48 %	32,18 %
R51	CEFALEIA	2	145	3,40 %	35,58 %
M796	DOR EM MEMBRO	2	141	3,31 %	38,88 %
I10	HIPERTENSAO ESSENCIAL	3	106	2,49 %	41,37 %
R05	TOSSE	2	100	2,35 %	43,71 %
N390	INFECC DO TRATO URINARIO DE LOCALIZ NE	5	94	2,20 %	45,92 %
R11	NAUSEA E VOMITOS	2	81	1,90 %	47,82 %

4.7 GRÁFICO DE ATENDIMENTO POR HORA

UPA SOTAVE

SOULMV - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Gráfico de atendimentos por Hora

Página: 1 / 1

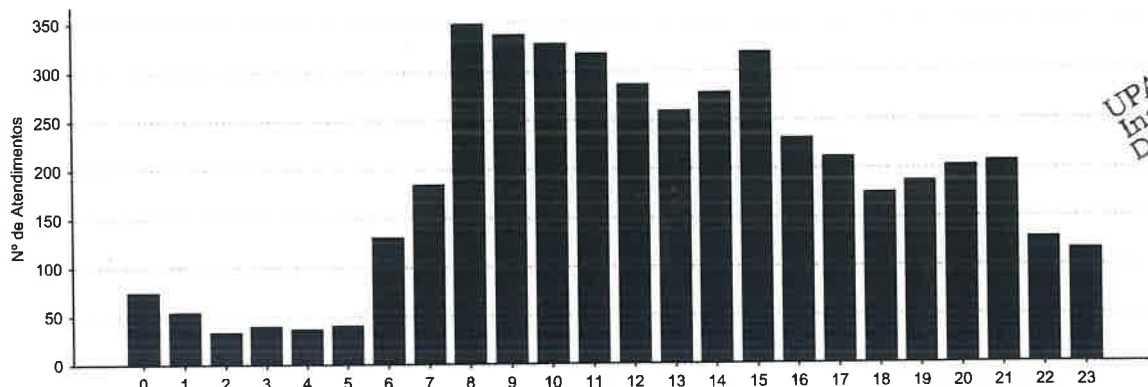
Emitido por: CLELIOTS

Em: 04/08/2026 18:39

Período de 01/07/2026 a 31/07/2026 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
75	55	34	40	37	41	131	185	349	338	329	319	287	260	279	320	232	212	175	188	203	208	129	117

Gráfico de atendimentos por Hora



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

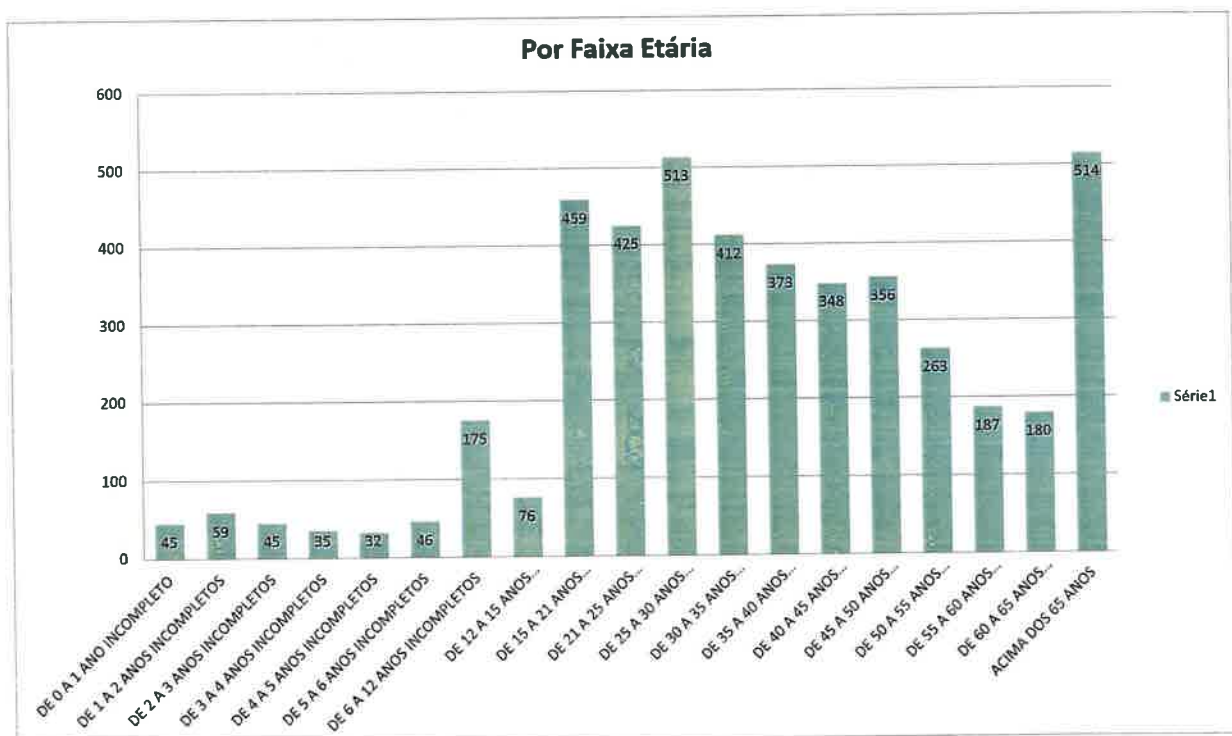


GESTÃO EM SAÚDE

000018

4.8 PLANILHA E GRÁFIO DE ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA

DE 0 A 1 ANO INCOMPLETO	45	0,99
DE 1 A 2 ANOS INCOMPLETOS	59	1,30
DE 2 A 3 ANOS INCOMPLETOS	45	0,99
DE 3 A 4 ANOS INCOMPLETOS	35	0,77
DE 4 A 5 ANOS INCOMPLETOS	32	0,70
DE 5 A 6 ANOS INCOMPLETOS	46	1,01
DE 6 A 12 ANOS INCOMPLETOS	175	3,85
DE 12 A 15 ANOS INCOMPLETOS	76	1,67
DE 15 A 21 ANOS INCOMPLETOS	459	10,10
DE 21 A 25 ANOS INCOMPLETOS	425	9,36
DE 25 A 30 ANOS INCOMPLETOS	513	11,29
DE 30 A 35 ANOS INCOMPLETOS	412	9,07
DE 35 A 40 ANOS INCOMPLETOS	373	8,21
DE 40 A 45 ANOS INCOMPLETOS	348	7,66
DE 45 A 50 ANOS INCOMPLETOS	356	7,84
DE 50 A 55 ANOS INCOMPLETOS	263	5,79
DE 55 A 60 ANOS INCOMPLETOS	187	4,12
DE 60 A 65 ANOS INCOMPLETOS	180	3,96
ACIMA DOS 65 ANOS	514	11,31
Total de Atendimentos:	4543	100



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000019

Conforme a análise do gráfico, observa-se predominância de atendimentos para adultos entre 25 e 30 anos de idade, seguido acima dos 65 anos, 15 a 21 anos e enquanto na pediatria teve predominância das idades entre 6 a 12 anos incompletos.

4.9 PLANILHA RESUMO DOS ÓBITOS DIÁRIO

No mês de JULHO ocorreram 13 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: julho/2026			
DATA	PACIENTE	DATA NASCIMENTO	MOTIVO
03/07/2026	V. P. A.	03/10/1957	I120 - DOENC RENAL HIPERTENSIVA C/INSUF RENAL
04/07/2026	V. A. A.	01/09/1940	I469 - PARADA CARDIACA NE
06/07/2026	L. S.	14/10/1976	I469 - PARADA CARDIACA NE
06/07/2026	S. M. D.	06/03/1956	R060 - DISPNEIA
12/07/2026	J. B. F. S.	23/03/1971	I469 - PARADA CARDIACA NE
15/07/2026	M. S. S.	26/10/1964	I469 - PARADA CARDIACA NE
17/07/2026	J. E. D. S. O.	19/03/1976	A419 - SEPTICEMIA NE
20/07/2026	J. R. S.	26/01/1940	R060 - DISPNEIA
25/07/2026	M. T. S. F.	08/11/1933	J158 - OUTR PNEUMONIAS BACTER
25/07/2026	M. G. L. F.	04/05/1966	J158 - OUTR PNEUMONIAS BACTER
28/07/2026	A. F. S.	25/12/1947	T819 - COMPLIC NE DE PROCED
28/07/2026	J. V. S.	05/07/2009	X640-RESIDENCIA
30/07/2026	J. R. N. L.	22/02/1968	J22 - INFECC AGUDAS NE DAS VIAS AEREAS INFER

4.10 RELATÓRIO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO

No presente mês, do total de 4.534 usuários atendidos na UPA Sotave, 2.357 responderam à pesquisa de satisfação, totalizando um percentual de 52% 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 97,7% dos usuários que responderam à pesquisa recomendariam os serviços desta unidade, conforme demonstra os números nas tabelas abaixo.

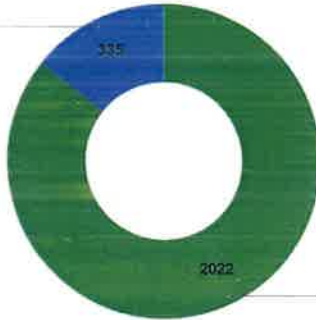
UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



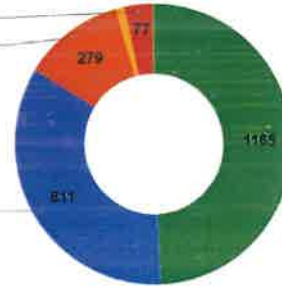
000020

GESTÃO EM SAÚDE

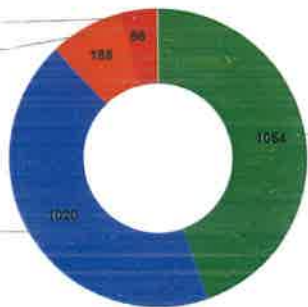
Contagem de COMO VOCÊ SE IDENTIFICA?

ACOMPANHANTE
14,2%PACIENTE
85,8%

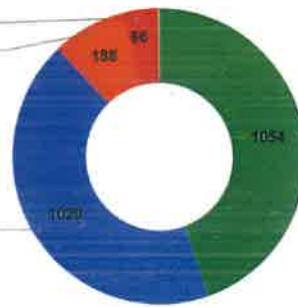
Contagem de LIMPEZA E CONFORTO DA RECEPÇÃO, BANHEIROS, CORREDORES, SALAS DE ESPERA, SALAS DE OBSERVAÇÃO E CONSULTÓRIOS

PÉSSIMO
3,3%
REGULAR
11,8%EXCELENTE
49,4%BOM
34,4%

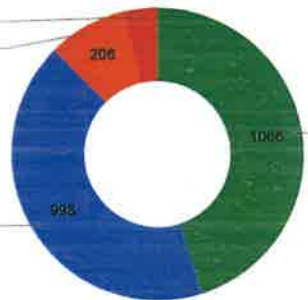
Contagem de DURANTE A CONSULTA VOCÊ FOI BEM INFORMADO DO SEU ESTADO DE SAÚDE E DOS PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS?

PÉSSIMO
2,8%
REGULAR
8,0%EXCELENTE
44,7%BOM
43,3%

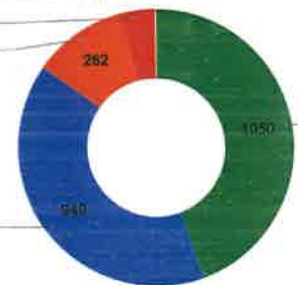
Contagem de O ESTABELECIMENTO É BEM SINALIZADO PARA VOCÊ ENCONTRAR O LOCAL ONDE PRECISA IR? (PLACAS, PAINEL)

PÉSSIMO
2,8%
REGULAR
8,0%EXCELENTE
44,7%BOM
43,3%

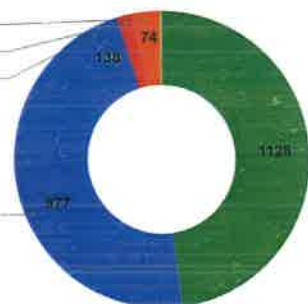
Contagem de TEMPO DE ESPERA PELO ATENDIMENTO (MÉDICOS, ENFERMEIROS, RECEPÇÃO E TÉCNICOS)

PÉSSIMO
2,4%
REGULAR
8,7%EXCELENTE
45,2%BOM
42,3%

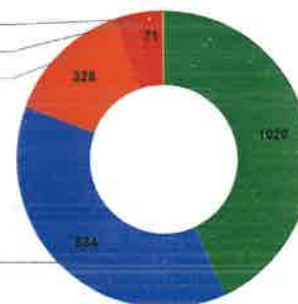
Contagem de NÍVEL DE COMPROMETIMENTO E DISPOSIÇÃO DAS PESSOAS EM AJUDAR A RESOLVER SEUS PROBLEMAS (MÉDICOS, ENFERMEIROS, FUNCIONÁRIOS, ADMINISTRAÇÃO)

PÉSSIMO
2,3%
REGULAR
11,1%EXCELENTE
44,5%BOM
40,3%

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

PÉSSIMO
3,1%
RUIM
1,5%
REGULAR
8,9%EXCELENTE
47,9%BOM
41,5%

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

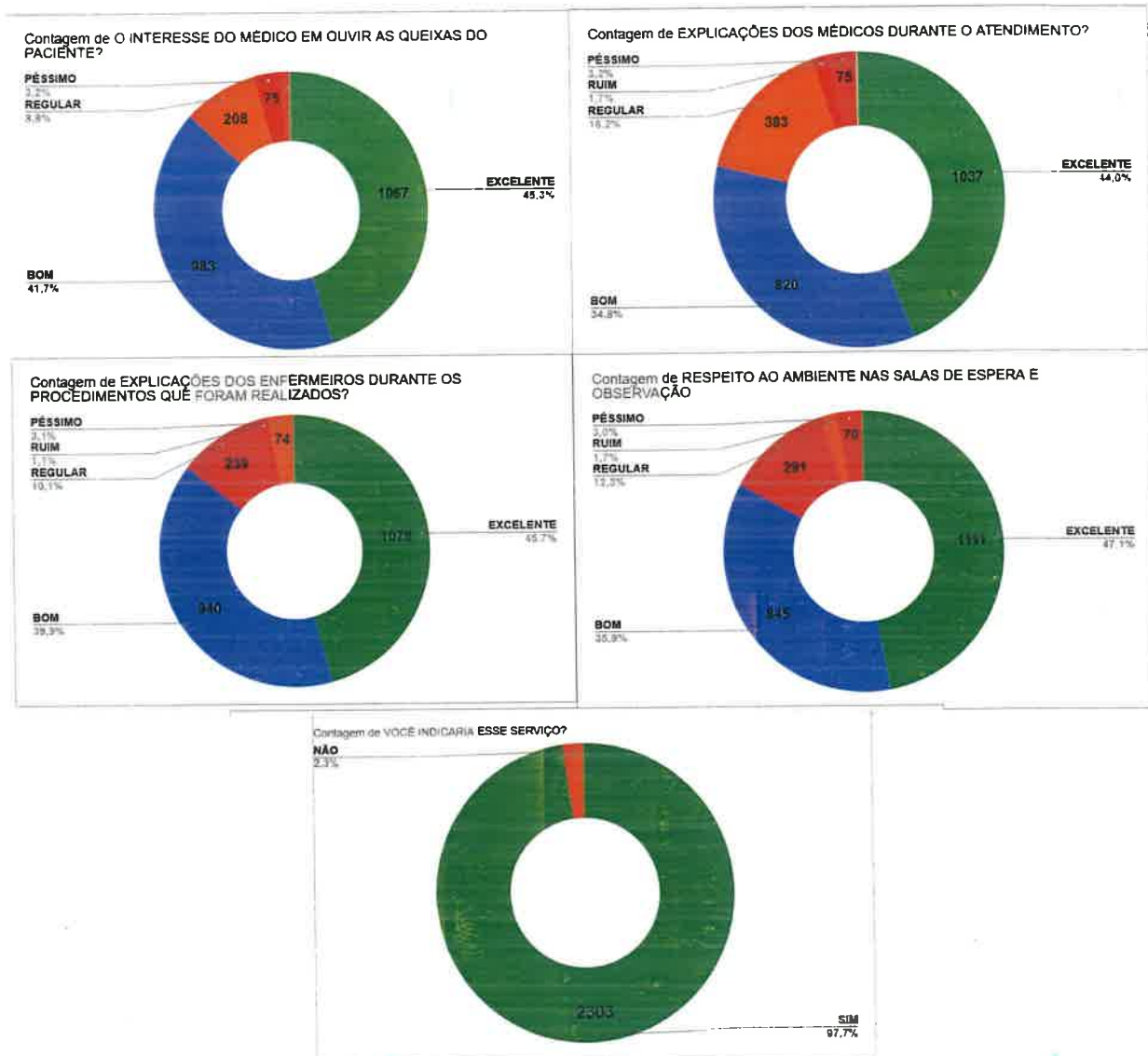
PÉSSIMO
3,0%
RUIM
2,2%
REGULAR
13,9%EXCELENTE
43,5%BOM
37,9%

UPA SOTATE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000021



4.11 RELATÓRIO DE QUEIXAS RECEBIDAS E TRATADAS (OUVIDORIA).

No presente mês não tivemos notificação da ouvidoria.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000022

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 31/07/2026, está disponível nas páginas seguintes, conforme relatório extraído do sistema de gestão SOUL MV, com destaque para o próprio município com 82,81% e municípios vizinhos 16,13% e menos de 1,06% de outras regiões e municípios mais distantes.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000023

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

Página: 1 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/08/2026 16:47

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/07/2026 a 31/07/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE	JABOATAO DOS GUARAR	PRAZERES	1762	50,69 %	50,69 %
		CAJUEIRO SECO	516	14,84 %	65,54 %
		BARRA DE JANGADA	329	9,46 %	75,00 %
		GUARARAPES	215	6,19 %	81,19 %
		PIEDADE	181	5,21 %	86,39 %
		CANDEIAS	104	2,99 %	89,38 %
		JARDIM JORDAO	85	2,45 %	91,83 %
		COMPORTAS	82	2,36 %	94,19 %
		MARCOS FREIRE	73	2,10 %	96,29 %
		MURIBECA	70	2,01 %	98,30 %
		ZUMBI DO PACHECO	10	0,29 %	98,59 %
		CAVALEIRO	8	0,23 %	98,82 %
		CENTRO	7	0,20 %	99,02 %
		VILA RICA	6	0,17 %	99,19 %
		SUCUPIRA	6	0,17 %	99,37 %
		SOCORRO	6	0,17 %	99,54 %
		MURIBEQUINHA	5	0,14 %	99,68 %
		SANTANA	2	0,06 %	99,74 %
		DOIS CARNEIROS	2	0,06 %	99,80 %
		SANTO ALEIXO	2	0,06 %	99,86 %
		CURADO	2	0,06 %	99,91 %
		COMPORTA	1	0,03 %	99,94 %
		ENGENHO VELHO	1	0,03 %	99,97 %
		CURADO III	1	0,03 %	100,00 %
Total Município:			3476	76,68 %	
CABO DE SANTO AGOSTI	PONTE DOS CARVALHOS	PONTEZINHA	289	51,06 %	51,06 %
		PONTEZINHA	252	44,52 %	95,58 %
		CIDADE GARAPU	6	1,06 %	96,64 %
		NUCLEO RESIDENCIAL MINISTRO MAR	4	0,71 %	97,35 %
		VILA TEATROLOGO BARRETO JUNIOR	2	0,35 %	97,70 %
		VILA DOUTOR MANOEL CLEMENTINO	2	0,35 %	98,06 %
		DESTILARIA CENTRAL PRESIDENTE V	2	0,35 %	98,41 %
		CENTRO	2	0,35 %	98,76 %
		JARDIM SANTO INACIO	2	0,35 %	99,12 %
		CRUZEIRO	1	0,18 %	99,29 %
		TORRINHA	1	0,18 %	99,47 %
		SAO FRANCISCO	1	0,18 %	99,65 %
		PIRAPAMA	1	0,18 %	99,82 %
		MALAQUIAS	1	0,18 %	100,00 %
Total Município:			566	12,49 %	
JABOATAO DOS GUARAR	PRAZERES	CAJUEIRO SECO	94	33,81 %	33,81 %
		CAJUEIRO SECO	50	17,99 %	51,80 %
		GUARARAPES	32	11,51 %	63,31 %
		JARDIM JORDAO	25	8,99 %	72,30 %
		PIEDADE	17	6,12 %	78,42 %
		MURIBECA DOS GUARARAPES	13	4,68 %	83,09 %
		UR-06	8	2,88 %	85,97 %
		CANDEIAS	8	2,88 %	88,85 %
COMPORTA		7	2,52 %	91,37 %	

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000024

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

GESTÃO EM SAÚDE

Página: 2 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/08/2026 16:47

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/07/2026 a 31/07/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE		MARCOS FREIRE	6	2,16 %	93,53 %
		COMPORTAS	4	1,44 %	94,96 %
		BARRA DE JANGADA	3	1,08 %	96,04 %
		CAVALEIRO	2	0,72 %	96,76 %
		CURADO II	2	0,72 %	97,48 %
		UR-11	2	0,72 %	98,20 %
		ENGENHO VELHO	2	0,72 %	98,92 %
		CURADO IV	1	0,36 %	99,28 %
		SANTO ALEIXO	1	0,36 %	99,64 %
		CRISTO REDENTOR	1	0,36 %	100,00 %
	Total Município:	278	6,13 %		
RECIFE		IMBIRIBEIRA	26	16,77 %	16,77 %
		BOA VIAGEM	23	14,84 %	31,61 %
		COHAB	19	12,26 %	43,87 %
		IBURA	18	11,61 %	55,48 %
		JORDAO	13	8,39 %	63,87 %
		CORDEIRO	5	3,23 %	67,10 %
		PINA	5	3,23 %	70,32 %
		AFOGADOS	5	3,23 %	73,55 %
		ARRUDA	4	2,58 %	76,13 %
		BARRO	4	2,58 %	78,71 %
		IPSEP	4	2,58 %	81,29 %
		AREIAS	3	1,94 %	83,23 %
		BOA VISTA	3	1,94 %	85,16 %
		GRACAS	2	1,29 %	86,45 %
		SANTO AMARO	2	1,29 %	87,74 %
		BRASILIA TEIMOSA	2	1,29 %	89,03 %
		JARDIM SAO PAULO	2	1,29 %	90,32 %
		MANGABEIRA	1	0,65 %	90,97 %
		VASCO DA GAMA	1	0,65 %	91,61 %
		CAXANGA	1	0,65 %	92,26 %
		BOMBA DO HEMETERIO	1	0,65 %	92,90 %
		VARZEA	1	0,65 %	93,55 %
		MADALENA	1	0,65 %	94,19 %
		ILHA JOANA BEZERRA	1	0,65 %	94,84 %
		CAMPO GRANDE	1	0,65 %	95,48 %
		SAN MARTIN	1	0,65 %	96,13 %
		SAO JOSE	1	0,65 %	96,77 %
		COQUEIRAL	1	0,65 %	97,42 %
		MORRO DA CONCEICAO	1	0,65 %	98,06 %
		GUABIRABA	1	0,65 %	98,71 %
		NOVA DESCOBERTA	1	0,65 %	99,35 %
		MUSTARDINHA	1	0,65 %	100,00 %
	Total Município:	155	3,42 %		
RECIFE		IMBIRIBEIRA	5	20,83 %	20,83 %
		IBURA	4	16,67 %	37,50 %
		BOA VIAGEM	4	16,67 %	54,17 %
		JORDAO	4	16,67 %	70,83 %
		AFOGADOS	2	8,33 %	79,17 %

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

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

Página: 3 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/08/2026 16:47

000025

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/07/2026 a 31/07/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE		COHAB	2	8,33 %	87,50 %
		TOTO	1	4,17 %	91,67 %
		IPSEP	1	4,17 %	95,83 %
		JARDIM SAO PAULO	1	4,17 %	100,00 %
	Total Município:		24	0,53 %	
	OLINDA	OURO PRETO	3	30,00 %	30,00 %
		SAPUCAIA	3	30,00 %	60,00 %
		RIO DOCE	2	20,00 %	80,00 %
		ALTO DA BONDADE	1	10,00 %	90,00 %
		PEIXINHOS	1	10,00 %	100,00 %
	Total Município:		10	0,22 %	
	CABO	CENTRO	4	66,67 %	66,67 %
		CHARNEQUINHA	1	16,67 %	83,33 %
		COHAB	1	16,67 %	100,00 %
	Total Município:		6	0,13 %	
	PAULISTA	MARANGUAPE I	1	33,33 %	33,33 %
		JANGA	1	33,33 %	66,67 %
		NOSSA SENHORA DO O	1	33,33 %	100,00 %
	Total Município:		3	0,07 %	
	CAMARAGIBE	VERA CRUZ	1	33,33 %	33,33 %
		SANTANA	1	33,33 %	66,67 %
		TIMBI	1	33,33 %	100,00 %
	Total Município:		3	0,07 %	
	SAO LOURENCO DA MAT	CAPIBARIBE	2	66,67 %	66,67 %
		PARQUE CAPIBARIBE	1	33,33 %	100,00 %
	Total Município:		3	0,07 %	
	CARUARU	SALGADO	1	50,00 %	50,00 %
		CAIUCA	1	50,00 %	100,00 %
	Total Município:		2	0,04 %	
	RIBEIRAO	CENTRO	2	100,00 %	100,00 %
			2	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		2	0,04 %	
	PONTE DOS CARVALHOS	PONTE DOS CARVALHOS	1	50,00 %	50,00 %
		PONTE DOS CARVALHOS	1	50,00 %	100,00 %
	Total Município:		2	0,04 %	
	OLINDA	AGUAS COMPRIDAS	1	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		1	0,02 %	
	ITAMBE	CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		1	0,02 %	
	ABREU E LIMA	PLANALTO	1	100,00 %	100,00 %
	Total Município:		1	0,02 %	
	Total uf: 99,78 %			99,78 %	

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

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

Página: 4 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/08/2026 16:47

000026

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/07/2026 a 31/07/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado	
SP	SAO PAULO	VILA NOVA CONCEICAO	1	50,00 %	50,00 %	
		JARDIM LAURA	1	50,00 %	100,00 %	
		Total Município:	2	50,00 %		
	DIADEMA	CANHEMA	1	100,00 %	100,00 %	
		Total Município:	1	25,00 %		
	COTIA	JARDIM LEONOR	1	100,00 %	100,00 %	
		Total Município:	1	25,00 %		
		Total uf:	0,09 %	0,09 %		
	MG	ALEM PARAIBA	CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	1	33,33 %	
PARAOPEBA		CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %	
		Total Município:	1	33,33 %		
SAO JOAQUIM DE BICAS		CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %	
		Total Município:	1	33,33 %		
		Total uf:	0,07 %	0,07 %		
PB	CAMPINA GRANDE	JOSE PINHEIRO	1	100,00 %	100,00 %	
		Total Município:	1	100,00 %		
		Total uf:	0,02 %	0,02 %		
PR	PONTA GROSSA	CONTORNO	1	100,00 %	100,00 %	
		Total Município:	1	100,00 %		
		Total uf:	0,02 %	0,02 %		
RJ	CABO FRIO	JARDIM ESPERANCA	1	100,00 %	100,00 %	
		Total Município:	1	100,00 %		
		Total uf:	0,02 %	0,02 %		
		Total Geral:	4543	100,00%		

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



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 JULHO registramos 4 trocas de sonda apenas, do usuário abaixo relacionado.

Nome: J.S. Jd Cajueiro n. s. f, Cajueiro Seco, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: M.R.F.S.R, Rua Sargento m. g. b., Ponte dos Carvalhos, Cabo/PE.

Nome: J.A.T, Rua Doze de Outubro, Piedade, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: D.M.S. Rua da Matriz, Ponte dos Carvalhos, Cabo/PE.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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.

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.



GESTÃO EM SAÚDE

000028

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 JULHO /2026 a unidade recebeu 04 (quatro) estudantes de medicina.

8 FATURAMENTO

No mês de JULHO 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



GESTÃO EM SAÚDE

000029

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

Página: 1 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/08/2026 16:44

FATURA SIA/SUS 07/2026 : 01/07/2026 - 31/07/2026- 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	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	0,00	0,00	153	2,25	344,25
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	0,00	0,00	176	2,01	353,76
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	0,00	0,00	419	1,85	775,15
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	0,00	0,00	425	1,85	786,25
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	0,00	0,00	70	3,68	257,60
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	0,00	0,00	30	4,12	123,60
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	0,00	0,00	146	2,01	293,46
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	0,00	0,00	425	1,85	786,25
0202010635 DOSAGEM DE SÓDIO	0,00	0,00	420	1,85	777,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)	0,00	0,00	261	2,01	524,61
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRUVICA (TGP)	0,00	0,00	261	2,01	524,61
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	0,00	0,00	422	1,85	780,70
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	0,00	0,00	110	15,65	1.721,50
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	3318	42,99	8.048,74

Forma de Organização: 02 - EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0202020134 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	0,00	0,00	62	5,77	357,74
0202020142 DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	0,00	0,00	60	2,73	163,80
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	0,00	0,00	496	4,11	2.038,56
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	618	12,61	2.560,10

Forma de Organização: 03 - EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0202030040 DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	0,00	0,00	13	65,00	845,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	0,00	0,00	109	9,00	981,00
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO 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	110	20,00	2.200,00
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO	0,00	0,00	14	2,83	39,62
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	258	115,38	4.251,12

Forma de Organização: 05 - EXAMES DE UROANÁLISE

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URÍLIA	0,00	0,00	308	3,70	1.139,60
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	308	3,70	1.139,60
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	4500	174,68	15.999,56

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: 04/08/2026 16:44

FATURA SIA/SUS 07/2026 : 01/07/2026 - 31/07/2026- 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 RADIOLOGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0204010071 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	0,00	0,00	2	9,15	18,30
0204010080 RADIOGRAFIA DE CRAIIJO (PA + LATERAL)	0,00	0,00	16	7,52	120,32
0204010144 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	0,00	0,00	2	7,32	14,64
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	20	23,99	153,26

Forma de Organização: 02 - EXAMES RADIOLOGICOS DA COLUNA VERTEBRAL

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	0,00	0,00	4	8,33	33,32
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	0,00	0,00	8	9,73	77,84
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	12	18,06	111,16

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

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	0,00	0,00	325	9,50	3.087,50
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	325	9,50	3.087,50

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

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	0,00	0,00	3	6,42	19,26
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	0,00	0,00	7	7,77	54,39
0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	0,00	0,00	2	7,40	14,80
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	0,00	0,00	2	5,90	11,80
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	0,00	0,00	4	7,98	31,92
0204040094 RADIOGRAFIA DE MAO	0,00	0,00	6	6,30	37,80
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	0,00	0,00	2	6,91	13,82
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	29	48,68	183,79

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

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0204050138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	0,00	0,00	34	7,17	243,78
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	34	7,17	243,78

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

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0204060060 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	0,00	0,00	5	7,77	38,85
0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	0,00	0,00	6	7,77	46,62
0204060109 RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	0,00	0,00	1	6,50	6,50
0204060141 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLÍQUA + 3 AXIAIS)	0,00	0,00	12	9,29	111,48
0204060150 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	0,00	0,00	13	6,78	88,14
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	37	38,11	291,59
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	454	145,51	4.071,08

Sub Grupo: 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES

Forma de Organização: 02 - DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA

Procedimento Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	0,00	0,00	208	5,15	1.071,20
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	208	5,15	1.071,20

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

MV | SouIMV

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000030

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

GESTÃO EM SAÚDE

Página: 3 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 04/08/2026 16:44

FATURA SIA/SUS 07/2026 : 01/07/2026 - 31/07/2026- Somente BPA; Tipo de Tratamento: Todos; Grupo de Procedimento: Todos;
Tipo de Procedimento: Todos; Ordem Relatório: DESCRICAO; Tipo Relatório: Setor Executante: Todos;

Total Sub Grupo:		0,00	0,00	208	5,15	1 071,20
Sub Grupo: 14 - DIAGNÓSTICO POR TESTE RÁPIDO						
Forma de Organização: 01 - TESTE REALIZADO FORA DA ESTRUTURA DE LABORATÓRIO						
Procedimento	Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	Vi. Unitário	Vi. Total
0214010015	GLUCEMIA CAPILAR	0,00	0,00	356	0,00	0,00
0214010163	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	0,00	0,00	12	0,00	0,00
Total Forma de Organização:		0,00	0,00	368	0,00	0,00
Total Sub Grupo:		0,00	0,00	368	0,00	0,00
Total Tipo de Atendimento:		0,00	0,00	5530	325,34	21 141,84
Total Grupo:		0,00	0,00	5530	325,34	21 141,84
Total de Procedimento(s): 44						

Grupo: 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Tipo: Interno						
Sub Grupo: 01 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS						
Forma de Organização: 01 - CONSULTAS MEDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR						
Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total	
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCE	0,00	0,00	165	6,30	1.039,50	
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO ME	0,00	0,00	65	0,00	0,00	
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	230	6,30	1.039,50	
Forma de Organização: 06 - CONSULTA/ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS (EM GERAL)						
Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total	
0301060118 ACOPLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	0,00	0,00	3768	0,00	0,00	
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVAÇÃO ATE 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZ	0,00	0,00	88	12,47	1.097,36	
0301060006 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	0,00	0,00	4779	11,00	52.569,00	
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	8635	23,47	53.666,36	
Forma de Organização: 10 - ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM (EM GERAL)						
Procedimento Descrição	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total	
0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA	0,00	0,00	4514	0,63	2.843,82	
0301100195 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA	0,00	0,00	12	0,00	0,00	
0301100039 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	0,00	0,00	42	0,00	0,00	
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	0,00	0,00	4	0,00	0,00	
0301100284 CURATIVO SIMPLES	0,00	0,00	87	0,00	0,00	
0301100101 INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	0,00	0,00	3	0,00	0,00	
0301100128 LAVAGEM GASTRICA	0,00	0,00	2	0,00	0,00	
0301100144 OXIGENOTERAPIA POR DIA	0,00	0,00	19	0,00	0,00	
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	4683	0,63	2.843,82	
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	13548	30,40	57.549,68	

Sub Grupo: 07 - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS

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: 04/08/2026 16:44

FATURA SIA/SUS 07/2026 : 01/07/2026 - 31/07/2026- 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: 02 - ENDODONTIA						
Procedimento	Descrição	Anestesiata	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0307020029	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	0,00	0,00	3	0,00	0,00
Total Forma de Organização:		0,00	0,00	3	0,00	0,00
Total Sub Grupo:		0,00	0,00	3	0,00	0,00
Total Tipo de Atendimento:		0,00	0,00	13551	30,40	57.549,68
Total Grupo:		0,00	0,00	13551	30,40	57.549,68
Total de Procedimento(s): 14						

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	Anestesiista	Profissional	Qtd.	VI. Unitário	VI. Total
0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	0,00	0,00	10	32,40	324,00
0401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	0,00	0,00	20	23,16	463,20
0401010066	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEX	0,00	0,00	1	0,00	0,00
Total Forma de Organização:		0,00	0,00	31	55,56	787,20
Total Sub Grupo:		0,00	0,00	31	55,56	787,20
Total Tipo de Atendimento:		0,00	0,00	31	55,56	787,20
Total Grupo:		0,00	0,00	31	55,56	787,20
Total de Procedimento(s): 3						

19112

79.478,72

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

MV | SoulMV

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000031

9 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

No período deste relatório de 01 a 31 de JULHO 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 JULHO, 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;

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000032

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

Comissão de Ética em enfermagem

Foi dado início ao processo eleitoral da nova Comissão de Enfermagem na unidade, considerando que os integrantes anteriores foram desligados do serviço.

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 JULHO, 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 SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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 bons resultados relacionados às metas de indicadores dos serviços prestados na UPA Sotave, especialmente alcançada nesse mês de JULHO que, apesar de feriados e jogos de futebol da Copa, período onde se evidencia a diminuição de pacientes nos serviços de urgência e emergências, ainda assim tivemos bem próximo de alcançar a meta pactuada de atendimentos, vide Relatório de Indicadores Assistenciais. **ANEXO V**

É importante destacar que a unidade aumentou seu quadro de médicos para atender a sazonalidade de IVAS – Infecção das Vias Aéreas Superiores, que afetam principalmente as crianças, tendo sido dada prioridade a especialidade da pediatria, ficando nossa equipe médica composta por quatro profissionais médicos, sendo 2 clínicos e dois pediatras por 24 horas de plantão, além de uma equipe multiprofissional completa nos termos do Contrato de Gestão nº. 001/2022, dimensionada adequadamente para atender à demanda pactuada conforme escalas disponíveis no **ANEXO VI**.

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

Jaboatão dos Guarapes, 10 de agosto de 2026.



Inalda Santos
Diretora Geral


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

- Relatório de indicadores

Anexo VI

- Escalas do mês de JULHO


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ANEXO I


UPA SOFIA
Inalda Santos
Diretora Geral

000036

	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS	
---	---	---

Área Emitente: Comissão de Revisão de Óbitos	Responsável pela Emissão: Antônio Marcelo Carvalho	Data da Emissão: 06/08/2026
--	--	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Reunião de Alinhamento da Comissão de Revisão de Óbitos	REDATOR: Antônio Marcelo Carvalho	DATA: 06/08/2026	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h00min
--	---	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

PAUTA
Exposição do perfil de óbitos ocorridos em julho

PENDÊNCIAS DA REUNIÃO ANTERIOR
-

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (presente/a usente)	ASSINATURA
Antônio Marcelo C. Carvalho Junior	Presente	
Betânia Maria Guimarães de Oliveira	Presente	<i>Betânia Maria Guimarães de Oliveira</i>
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	<i>Danielly Carneiro</i>
Jacyara Maria R. Do Nascimento	Presente	<i>Jacyara R. Do Nascimento</i>
Julieta Hennessey	Presente	
Rafaelly Monike 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



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



Este relatório tem como objetivo apresentar dados sobre óbitos registrados no período de 01 a 31 de julho de 2026. No período avaliado, foram registrados um total de **13 (treze) 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 13 (treze) óbitos, 06 (seis) ocorreram em pacientes com tempo de permanência na unidade superior a 24 horas, evidenciando evolução clínica desfavorável mesmo com assistência prestada, e 07 (sete) em 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.

Os casos encontram-se compatíveis com evolução natural das patologias de base e condições clínicas à admissão. Destes óbitos, 01 (um) tinha 18 anos, 02 (dois) acima de 80 anos, 02 (dois) acima de 70 anos, 04 (quatro) com idade acima de 60 anos, 02 (dois) acima de 50 anos, 01 (um) acima de 90 anos e 01 (um) acima de quarenta anos. A análise do perfil epidemiológico registrados no período demonstrou predominância de pacientes com idade de 60 anos ou mais, os quais em sua maioria, apresentavam quadro clínico grave no momento da admissão ou evolução clínica desfavorável durante a assistência. Esse perfil é compatível com uma população de maior vulnerabilidade, frequentemente associada à presença de comorbidades e maior risco de desfechos desfavoráveis.

Desta forma, o aumento do número de óbitos observado no período reflete predominantemente, a gravidade clínica e as características da população atendida, não sendo identificadas evidências de falhas assistenciais como fator determinante para esses desfechos, 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 04 (quatro) pessoas do gênero feminino (cisgênero) e 09 (nove) pessoas do gênero masculino (cisgênero).

As liberações dos óbitos foram distribuídas da seguinte forma: 05 (cinco) DO – Declaração de Óbito, 06 (seis) SVO – Serviço de Verificação de Óbitos e 02 IML (Instituto de Medicina Legal). Os diagnósticos dos óbitos considerados não institucionais foram fechados imediatamente. Logo após, foi elucidado pela Presidente desta comissão que os óbitos ocorridos em Julho e revisados no mês em curso, utilizando como ferramenta



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

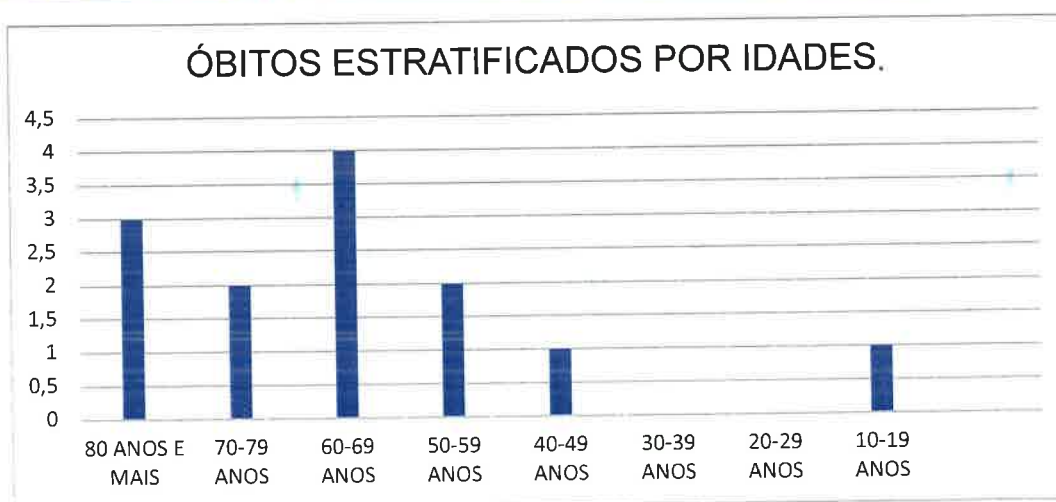


de avaliação o formulário de revisão e análise de óbitos (anexo 1). Evitabilidade ou óbito a esclarecer: trata-se de um agravo ou situação, prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores 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 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

Obs: Resolução CFM nº 2.171/2017 Art. 9º - é vedado a utilização do termo *morte evitável* para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderem o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como *óbito a esclarecer*

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



	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS	
---	---	---

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

Quadro 01 - Distribuição Mensal de óbitos evitáveis e não evitáveis

Mês	Óbito à Esclarecer	Óbito evitável	Óbito Não Evitável	Total	% Óbito evitável	% Óbito Não evitável	% Óbito a esclarecer
Janeiro	----	05	03	08	62,5%	37,5%	----
Fevereiro	----	01	09	10	10%	90%	----
Março		----	09	09	00%	100%	----
Abril		----	05	05	----	100%	----
Maio	01	----	07	08	----	87,5%	12,5%
Junho	----	----	09	09	00%	100%	----
Julho	----	----	13	13	----	100%	----
Agosto							
Setembro							
Outubro							
Novembro							
Dezembro							

No mês de julho foram registrados 13 (treze) óbitos, um aumento de 44,4% em relação ao mês anterior, que foram registrados 09 (nove) óbitos. A análise dos casos demonstra que a maior parte dos pacientes apresentava condições clínicas de elevada gravidade no momento da admissão ou durante a assistência. Dos 13 (treze) óbitos registrados no mês de julho, 06 (seis) pacientes chegaram em estado grave, 02 (dois) encontravam-se em Cuidados Paliativos, 03 (três) já deram entrada em óbito e 02 (dois) evoluíram para óbito enquanto aguardavam transferência para leito de UTI.



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



Dos 13 (treze) óbitos registrados no mês de julho, todos foram classificados como Não Evitáveis, tendo sua análise sido concluída após discussão pela Comissão de Revisão de Óbitos. Dessa forma, o mês de julho apresentou 100% dos óbitos classificados como não evitáveis, evidenciando que, predominou o perfil de óbitos relacionados à gravidade clínica e às condições de saúde dos pacientes atendidos.

Os dados evidenciam que, embora tenha ocorrido aumento gradual no número de óbitos ao longo do trimestre, não houve alteração significativa no perfil de evitabilidade, mantendo-se o predomínio de óbitos classificados como não evitáveis. Esse resultado sugere que os desfechos estiveram relacionados, em sua maioria, à gravidade clínica e às condições de saúde dos pacientes atendidos, além de refletir a adequada definição e investigação dos casos. Dessa forma, conclui-se que os indicadores do período refletem, em sua maioria, o perfil de complexidade e gravidade dos pacientes atendidos na unidade.

O monitoramento contínuo dos eventos, aliado a análise crítica dos processos de trabalho e à implementação de ações de melhoria, permanece essencial para reduzir riscos assistenciais, fortalecer a cultura de segurança e promover uma assistência cada vez mais segura, qualificada e centrada no paciente. Recomenda-se também a manutenção do monitoramento sistemático dos óbitos, com fortalecimento das discussões em equipe multiprofissional e avaliação contínua da efetividade das medidas implementadas, visando ao aprimoramento da qualidade assistencial, ao fortalecimento das ações de vigilância e segurança do paciente e à prevenção de eventos potencialmente 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.

000041



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 ()

☐ Causa imediata vaga (PCR, FMO)

☐ Letra ilegível, rasuras, abreviações

☐ Preenchimento incompleto de dados



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



☐ 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	
09	As manifestações das causas foram reconhecidas/comunicadas	()	10	()	11	



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



	como evidência do desencadeamento da morte?					
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):



GESTÃO EM SAÚDE

000153



GESTÃO EM SAÚDE

UPA S3
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335



contato@s3saude.com.br



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, 06 de agosto de 2026.

P/

[Assinatura]

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

Dra. Julieta Hennessey Pimentel – CRM: 37124
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÓBITOS



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



Área Emitente: Comissão de Revisão de Prontuários	Responsável pela Emissão: Antônio Marcelo carvalho	Data da Emissão: 06/08/2026
---	--	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Reunião de Alinhamento da Comissão de Revisão de Prontuários	REDATOR: Antônio Marcelo Carvalho	DATA: 06/08/2026	INÍCIO: 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	
Julieta Hennessey	Presente	
Rafaela Monique Ferreira do Nascimento	Presente	
Rafaelly Monike 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 SOPA VE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



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 31 de julho de 2026, destacando aspectos fundamentais que contribuem para a melhoria da assistência à saúde.

Neste mês de julho, foram auditados 10% dos prontuários, **arredondados para 453, do universo de 4.534 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 dos registros assistenciais, realizada por meio dos formulários específicos de auditoria (Anexo I), foram analisados **453 prontuários**, contemplando os principais componentes do processo de registro assistencial. Constatou-se que: Nas evoluções médicas das especialidades de Clínica Geral e Pediatria, foram identificados 409 registros conformes, correspondendo a (0,97%) e 17 registros classificados como "não se aplica" (0,038%), compatíveis com atendimentos que não demanda evolução médica formal.

Quanto à impressão do Boletim de Atendimento Inicial (Ficha de Rosto), verificaram-se **432 registros conformes (90,29%) e 21 não conformes (3,75%)**. No indicador de conformidade da **Ficha de Rosto**, observou-se um aumento de **10,53% nas não conformidades**, passando de 19 registros em junho para 21 em julho.

UPA SOTANE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



Embora o aumento absoluto tenha sido apenas 02 (dois) registros, o resultado demonstra a necessidade de reforçar a conferência, o correto preenchimento da ficha de rosto e a solicitação ao paciente quando este for se medicar, por se tratar de um documento essencial para a identificação do paciente e a continuidade segura da assistência. Entretanto, em comparação ao mês de junho, quando foram registradas 19 não conformidades nesse item, observou-se um **aumento de 10,53%** no número de registros de não conformidades.

Embora tenha ocorrido aumento, a variação foi discreta, reforçando a necessidade de manter as ações de orientação e monitoramento do correto preenchimento da ficha de rosto e solicitar aos pacientes a entrega da mesma junto com a prescrição, com o objetivo de reduzir as inconsistências identificadas, fortalecer a qualidade de registros assistenciais e evitar eventos adversos.

Em relação às prescrições médicas, foram identificados **439 registros conformes (96,47%)**, **02 não conformidades (0,44%)** e **14 (3,09%) registros classificados como "não se aplica"**, evidenciando adequada conformidade nos casos em que a prescrição era indicada. As evoluções de Enfermagem e Serviço Social permaneceram com **100% de conformidade**, sem identificação de não conformidades durante o período avaliado.

De forma geral, o elevado percentual de conformidade demonstra boa adesão das equipes médica, de enfermagem e serviço social, aos critérios estabelecidos para o preenchimento das prescrições, contribuindo para a segurança do paciente e para a redução de riscos assistenciais. As não conformidades identificadas representam ocorrência pontual, porém devem ser analisadas individualmente, com devolutiva à equipe e reforço das orientações, visando a melhoria contínua da qualidade dos registros e a manutenção da conformidade nos próximos ciclos de monitoramento.

Na análise do indicador referente aos registros de alta hospitalar, observou-se redução de 24,72% no número de registros conformes, passando de 441 em junho para 332 em julho. Em contrapartida, as não conformidades apresentaram um aumento expressivo de 227,03%, passando de 37 em junho para 121 registros em julho. Esse resultado evidencia uma fragilidade importante no processo de registro e possíveis falhas na execução ou no monitoramento das rotinas assistenciais.

Diante deste cenário, conclui-se que houve piora da qualidade dos registros no período analisado, reforçando a necessidade de intervenções imediatas. Recomenda-se intensificar as ações de educação permanente junto às equipes, reforçar a importância do correto preenchimento dos formulário de alta, realizar devolutivas aos profissionais e manter o monitoramento sistemático do indicador, com o objetivo de reduzir as não conformidades

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



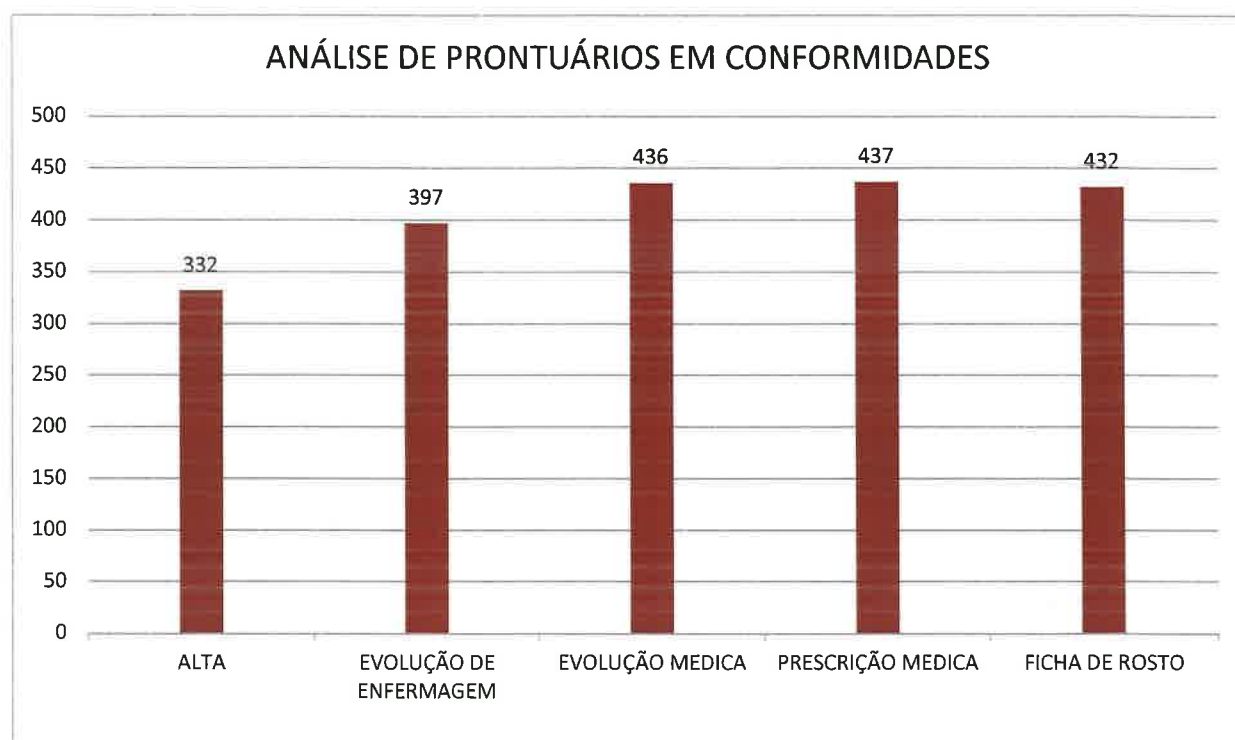
RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



e fortalecer a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

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 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.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



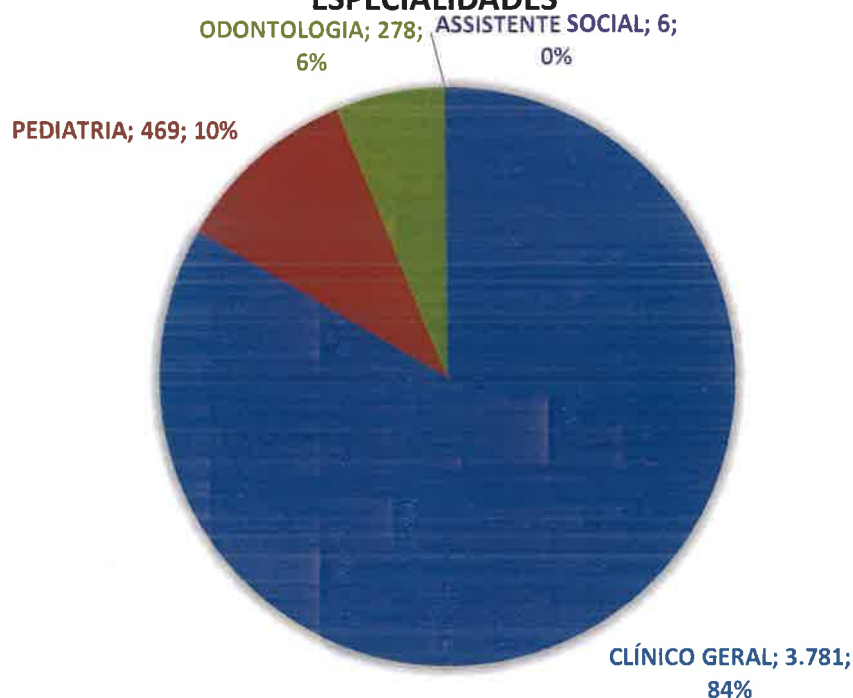
RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



Gráfico 2 Referente a quantidade de atendimentos por especialidades

GRÁFICO REFERENTE A QUANTIDADES DE ATENDIMENTOS POR ESPECIALIDADES



No mês de julho foram realizados 4.534 atendimentos, em comparação aos 4.474 atendimentos registrados em junho, representando um **aumento de 1,39%** na demanda assistencial. Embora o crescimento tenha sido discreto, observa-se uma maior procura pelos serviços da unidade, o que reforça a necessidade de manter o monitoramento contínuo dos indicadores de qualidade e segurança do paciente. Esse aumento reforça a necessidade de manutenção das estratégias de monitoramento dos indicadores de qualidade e segurança do paciente, assegurando que o incremento da demanda não impacte negativamente a assistência prestada.

Na Clínica Geral, no mês em análise foram realizados 3.781, em comparação aos 3.707 atendimentos registrados em junho, representando um pequeno aumento de **1,96 %** na demanda assistencial no período analisado.


 UPA SOCRATE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL
COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



Na Pediatria, verificou-se a maior variação do período. Os atendimentos diminuíram de 590 em junho para 469 em julho, representando uma **redução de 20,51%** na demanda assistencial. Observa-se uma queda significativa no número de atendimentos de pediatria no período analisado, indicando menor procura pelos serviços dessa especialidade em julho. Essa redução pode estar relacionada a variações sazonais ou mudanças no perfil de demanda

Na Odontologia, observou-se um **crescimento nos atendimentos de 58,86%** no período, indicando maior procura pela assistência em saúde bucal. Esse aumento pode estar relacionado à ampliação dos procedimentos realizados, pois o Equipe odontológico foi reparado, estava carente de manutenção e reparo há alguns dias, o que nos possibilitou a realização de todos os procedimentos da odontologia. Foram registrados 278 atendimentos em julho e 175 em junho.

O Serviço Social apresentou um **aumento de 500%** ao longo do período, passando de 01 (um) atendimentos em junho para seis em julho. Apesar do expressivo crescimento percentual, observa-se que esse resultado é influenciado pelo baixo número de atendimentos registrados no mês anterior. Em termos absolutos, houve um acréscimo de 5 (cinco) atendimentos o que pode refletir maior demanda por suporte social, ampliação da identificação de casos que necessitaram de intervenção ou melhoria no registro das atividades realizadas.

De modo geral, os indicadores assistenciais demonstram que a unidade apresentou discreto aumento na demanda em julho, com 4.534 atendimentos, representando crescimento de 1,39%. Esse resultado evidencia estabilidade no volume global de atendimentos, mantendo a capacidade operacional da unidade. Os resultados demonstram variação no perfil da demanda entre os serviços, reforçando a importância do monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais para subsidiar o planejamento das equipes e a adequada alocação de recursos. O acompanhamento sistemático pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) permite identificar mudanças no fluxo de atendimento, avaliar possíveis impactos sobre a qualidade da assistência e implementar ações preventivas para garantir a segurança do paciente e a eficiência dos processos assistenciais.


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)	432	21 (Prontuários sem a ficha de rosto devido aos pacientes levarem)	---
Prescrição Médica	437	02	14 (Atendimentos nos quais não houve indicação clínica de prescrição medicamentosa)
Evolução Médica	436	00	17 (Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA após melhora).
Evolução da Enfermagem	397	00	56 (Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA após melhora).
Evolução da Assistência Social	17	00	436 (Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA após melhora).
Triagem Nutricional	26	---	427
Alta	332	121 (Considerando que as não conformidades foram alta sem carimbo e assinatura médica)	---

Este formulário de avaliação de prontuário tem como objetivo avaliar a qualidade, completude e conformidade dos registros assistenciais e administrativos realizados no prontuário do paciente, garantindo segurança do paciente, continuidade da assistência e cumprimento das normas institucionais, éticas e legais. Também permite: identificar não conformidades nos registros; monitorar indicadores de qualidade assistencial; fortalecer a comunicação multiprofissional; auxiliar em auditorias e processos de acreditação e promover ações de melhoria contínua.

Durante o mês de julho, foram avaliados 453 prontuários, com os seguintes resultados:

- **Identificação do paciente:** Observou-se manutenção de elevado índice de conformidade no preenchimento da ficha de rosto. As não conformidades identificadas permanecem relacionadas, principalmente, à ausência ou incompletude de informações obrigatórias. Recomenda-se reforçar a conferência dos dados no momento da admissão, visando garantir a correta identificação do paciente assistencial.


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



- **Prescrições médicas:** Apresentaram bom índice de conformidade, demonstrando adesão da equipe aos protocolos institucionais. As inconsistências identificadas foram pontuais e devem ser discutidas com a equipe médica para fortalecer a qualidade dos registros e reduzir riscos relacionados ao processo de prescrição.
- **Evolução médica:** A evolução médica manteve padrão satisfatório de conformidade, evidenciando registros adequados do acompanhamento clínico dos pacientes. Recomenda-se manter o monitoramento contínuo para assegurar que todas as evoluções sejam registradas de forma completa, clara e dentro do período.
- **Evolução de enfermagem:** Os registros de enfermagem apresentaram elevado nível de conformidade, refletindo o comprometimento da equipe com documentação da assistência prestada. A manutenção desse desempenho é essencial para garantir a continuidade do cuidado, a comunicação entre as equipes e a segurança do paciente.
- **Evolução do serviço social:** Permaneceram compatíveis com a demanda assistencial identificada. Os registros foram realizados nos casos em que houve indicação de acompanhamento, demonstrando adequada atuação da equipe multiprofissional e contribuindo para a integralidade da assistência.
- **Nutrição:** Os registros mostraram conformidade nos pacientes que necessitaram de avaliação nutricional. Recomenda-se manter a documentação completa das condutas, fortalecendo a integração multiprofissional e a continuidade do cuidado.
- **Alta:** O indicador de altas apresentou redução do índice de conformidade, evidenciando necessidade de aprimoramento na documentação do processo de alta. Recomenda-se reforçar as orientações às equipes assistenciais quanto ao correto preenchimento dos registros, garantindo a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a rastreabilidade das informações.

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 SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



- **Evolução Médica** - Mesmo com o alto nível de conformidade e melhoria dos registros, recomenda-se incentivar registros completos, objetivos e realizados diariamente, garantindo a adequada documentação da avaliação clínica e das condutas adotadas.
- **Evolução de Enfermagem** - Fortalecer a qualidade dos registros assistenciais, assegurando que todos os cuidados, procedimentos e intercorrências sejam documentados de forma oportuna.
- **Serviço Social** - Manter registros claros padronizados das intervenções e encaminhamentos realizados, favorecendo a continuidade da assistência multiprofissional.
- **Nutrição**- Garantir o registro completo da avaliação nutricional, das condutas e das reavaliações, conforme a necessidade clínica do paciente.
- **Alta Administrativa**- Para aprimoramento do processo de altas, reforçar o correto preenchimento da documentação de alta, assegurando registros completos que favoreçam a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Durante o período avaliado, foram implementadas ações de melhoria voltadas à correção das não conformidades identificadas nas análises de prontuários e processos assistenciais. Essas intervenções tiveram como objetivo qualificar os registros assistenciais, fortalecer a adesão aos protocolos institucionais, reduzir falhas processuais e contribuir para a segurança do paciente, além da melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

Observou-se crescimento expressivo nos atendimentos de Odontologia e Serviço Social, indicando variação no perfil da demanda e reforçando a necessidade de acompanhamento contínuo para o adequado planejamento das ações assistenciais.

Quanto aos indicadores de qualidade dos registros em prontuário, verificou-se bom desempenho geral, evidenciado o comprometimento das equipes com a documentação da assistência. Entretanto, foram identificadas oportunidades de melhoria, principalmente nos registros relacionados à documentação de alta e em algumas não conformidades pontuais observadas durante as auditorias, demonstrando a necessidade de fortalecer a padronização dos registros e o cumprimento dos protocolos institucionais.

De modo geral, os resultados refletem um impacto predominantemente positivo das ações implementadas, evidenciado pela estabilidade da demanda, pelo bom desempenho da maioria dos indicadores auditados e pelo comprometimento das equipes com a qualidade dos registros. Embora tenham sido identificadas algumas não conformidades, especialmente relacionadas ao processo de alta e a registros específicos, essas oportunidades de melhoria

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000054



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL
COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



não comprometem o desempenho global dos indicadores, mas reforçam a importância do monitoramento contínuo e da implementação de ações educativas. Assim, os resultados demonstram evolução dos processos assistenciais e subsidiam o planejamento de estratégias voltadas ao fortalecimento da segurança do paciente e da qualidade da assistência prestada.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de agosto 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

000055

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA	
--	--	---

Área Emitente: Direção Assistencial	Responsável pela Emissão: Ivana Barbosa	Data da Emissão: 06/08/2026
---	---	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Comissão de Farmácia e Terapêutica	REDATOR: Ivana Barbosa	DATA: 06/08/2026	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	[Assinatura]
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	[Assinatura]
Luciana Cristina Cardoso dos Anjos	PRESENTE	[Assinatura]
Inalda Santos	Presente	Inalda Santos
Rafaelly Monike Marques Melo	AUSENTE	
Gisele Barbosa Tenório	Presente	[Assinatura]

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

UPA SOTAVE
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 seis dias do mês de Agosto de dois mil e vinte e seis, as 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), Luciana Cardoso (coordenadora de enfermagem) e Gisele Barbosa (supervisora de enfermagem). Com objetivo de apresentar as ações desenvolvidas, avaliar e analisar seu desempenho.

Indicadores: Referente ao mês de Julho de 2026.

Empréstimo:

O indicador de empréstimos é uma ferramenta essencial para o monitoramento da gestão de estoques, pois permite avaliar a eficiência do planejamento de compras, do controle de estoque e da disponibilidade de medicamentos e materiais para atendimento assistencial. O acompanhamento sistemático desse indicador possibilita identificar falhas no abastecimento, prevenir desabastecimentos e reduzir a dependência de empréstimos entre unidades, contribuindo para maior segurança na cadeia medicamentosa e otimização dos recursos.

Observamos que as solicitações de empréstimo vêm diminuindo, conforme mostrado nos gráficos abaixo

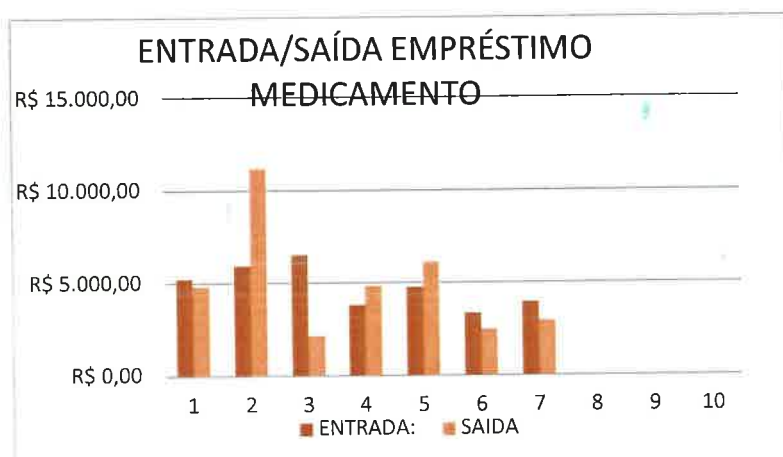


Gráfico 1: Movimentação de empréstimo de medicamentos

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



ENTRADA/SAÍDA EMPRÉSTIMO MMH

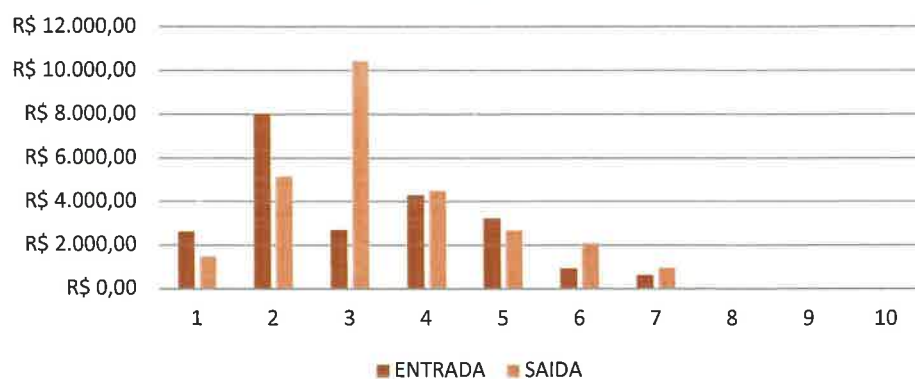


Gráfico 2: Movimentação de empréstimo de MMH

ENTRADA/SAÍDA EMPRÉSTIMO MATERIAL DE SEGURANÇA

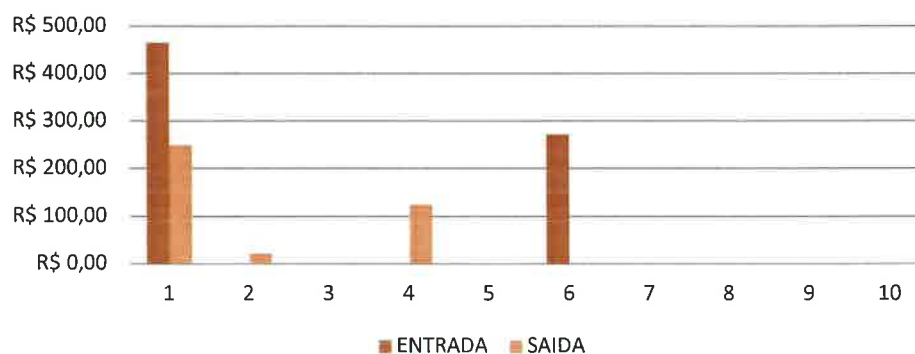


Gráfico 3: Movimentação de empréstimo de Material de Segurança

JULHO				
ENTRADA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R\$ 3.950,10	R\$ 637,69	R\$ 00,00	R\$ 00,00
SAÍDA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R\$ 2.959,83	R\$ 946,49	R\$ 00,00	R\$ 00,00

Tabela 1: Valores de entrada/saída de empréstimo

UPA SOAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA	
--	--	---

Indicador de Perdas

O indicador de perdas é uma importante ferramenta de gestão, pois permite monitorar o impacto financeiro decorrente do desperdício de medicamentos e materiais médico-hospitalares, além de subsidiar ações para o aprimoramento do controle de estoque e da segurança na cadeia medicamentosa.

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	R\$ 129,00	R\$ 23,33	R\$ 23,32	R\$ 150,51			
Valores Validade	R\$ 74,79	R\$ 422,58	R\$ 713,34	R\$ 445,00	R\$ 618,12	R\$ 40,98	R\$ 151,39			
Valor total	R\$ 211,1	R\$ 598,00	R\$ 1.017	R\$ 573,6	R\$ 641,45	R\$ 64,30	R\$ 302,00			

Tabela 2: Perdas



Gráfico 4: Perdas

No mês de julho, o indicador de perdas apresentou um aumento em relação ao mês de junho, passando de R\$ 64,30 para R\$ 302,00, representando um acréscimo de R\$ 237,70 (aproximadamente 370%). Apesar desse aumento percentual expressivo, o valor absoluto das perdas permanece baixo quando comparado ao valor total do estoque da unidade.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

Do total das perdas registradas em julho, R\$ 151,39 referem-se a perdas por vencimento, sendo que R\$ 128,59 correspondem ao descarte de 61 ampolas de Gluconato de Cálcio 10%, item que representou a maior parcela desta categoria. Esse produto embora não tenhamos muito consumo é item fundamental de suporte a vida quando for necessário seu uso, este item tentamos permutar com as unidades parceiras, mas não obtivemos sucesso.

As perdas por quebra totalizaram R\$ 150,51, destacando-se a perda de 16 frascos de Lactulose xarope 667 mg/mL (120 mL), que representou R\$ 90,49 do total dessa categoria. Este produto que tínhamos em estoque havia sido fabricado pela empresa Mayben Pharmaceutical Ltda (CNPJ: 31170914000124) que devido a Resolução 2.129/2026 ordenou o recolhimento de todos os suplementos alimentares fabricados por ela. A comercialização, distribuição, divulgação e uso ficaram suspensos. (<https://share.google/Z4cVa7n03tzapLjpV>)

Acompanhamento do perfil de pacientes atendidos na unidade

Seguimos com o acompanhamento do perfil de nossos pacientes, observando as variações no consumo de medicamentos. Esse monitoramento é fundamental para o planejamento da assistência farmacêutica, permitindo identificar tendências de uso, otimizar o estoque e garantir a disponibilidade adequada dos medicamentos essenciais. Os dados analisados refere-se aos dados coletados em Julho 2026

- Especialidade Médica:**



Gráfico 5: Especialidade Medica Junho 2026

Especialidade	QTDE
Clinica Geral	3.781
Pediatria	469
Odontologia	278
Assistência Social	6

UPA SONAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

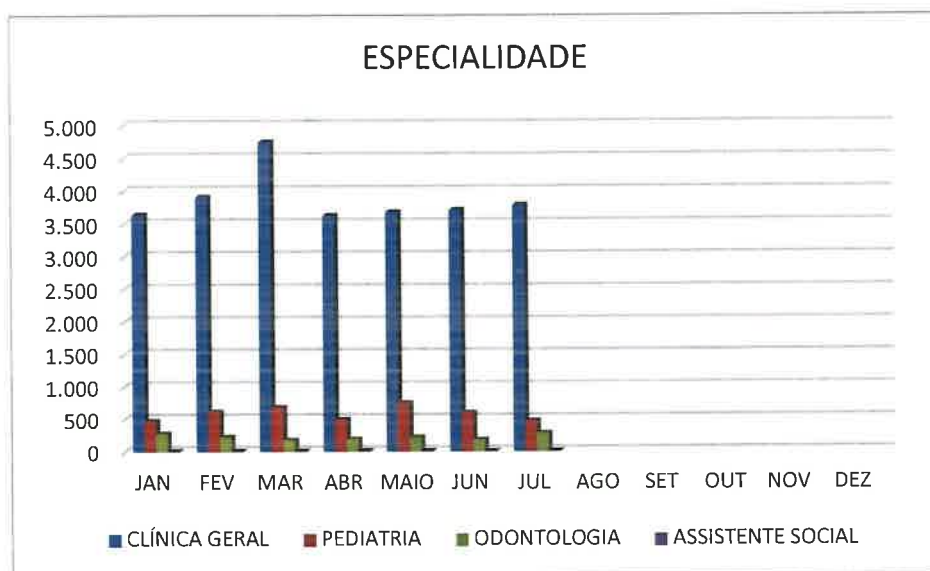


Gráfico 6: Comparativo das Especialidades Médicas

• Classificação de Risco



Classificação de Risco	QTDE
Vermelho	43
Laranja	60
Amarelo	919
Verde	3.505
Azul	6

Gráfico 7: Classificação de Risco

UPA SOMAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

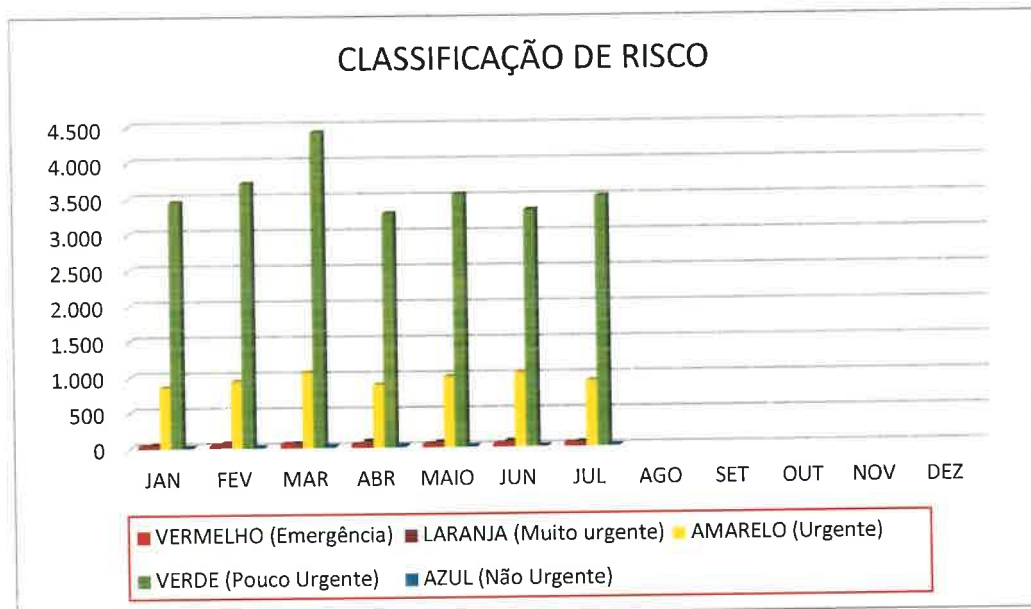


Gráfico 8: Comparativo da Classificação de Risco

A análise do perfil de classificação de risco do mês de julho demonstra predominância de pacientes classificados como verde, com 3.505 atendimentos, seguidos por 919 pacientes amarelos, 60 laranjas, 43 vermelhos e apenas 6 azuis. Esse cenário evidencia que a unidade mantém um perfil assistencial característico de uma UPA, com maior demanda de pacientes de baixa complexidade, porém com volume expressivo de casos que requerem atendimento prioritário.

O quantitativo de 1.022 pacientes classificados entre amarelo, laranja e vermelho demonstra uma carga significativa de atendimentos de urgência e emergência, exigindo disponibilidade contínua de equipe multiprofissional, medicamentos, materiais e leitos para estabilização.

Embora os pacientes verdes representem a maior parte dos atendimentos, o elevado número de casos prioritários impacta diretamente o fluxo da unidade, podendo aumentar o tempo de permanência dos pacientes e a demanda por recursos assistenciais. Dessa forma, torna-se fundamental o acompanhamento contínuo do perfil de classificação de risco para subsidiar o planejamento da assistência, o dimensionamento de equipes, o abastecimento estratégico de medicamentos e insumos e a implementação de ações que garantam a qualidade e a segurança do atendimento prestado.

UPA SUTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



Inalatórios



INALATORIOS	QTDE
Beclometasona Dipropionato	0
Ipratropio 200mcg/Dose - Spray	8
Salbutamol Spray 100mcg/Dose	51

Gráfico 9: Inalatórios

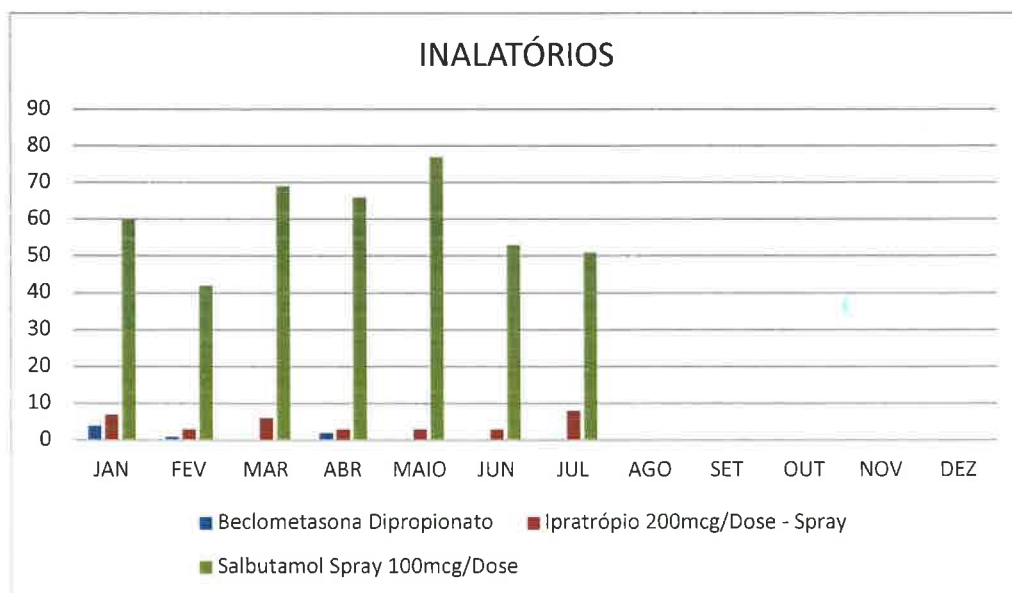


Gráfico 10: Comparativo de Inalatórios

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



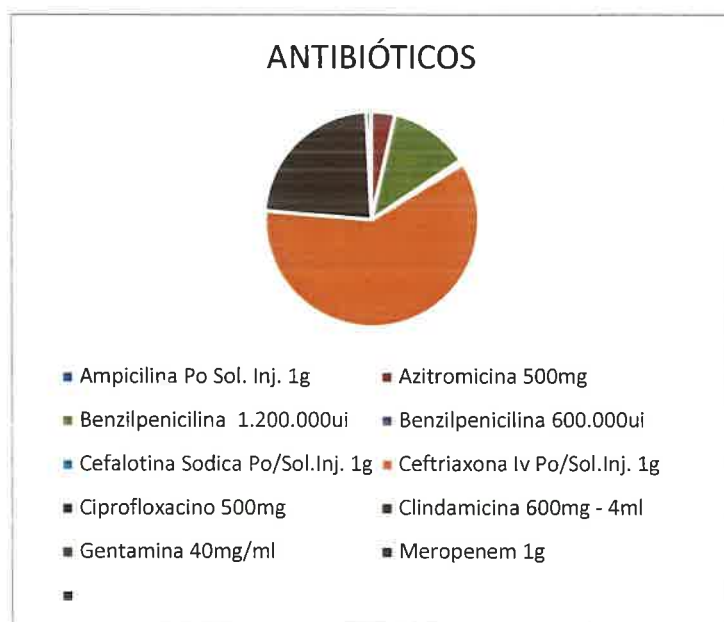
RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



Observou-se aumento no consumo de brometo de ipratrópio, passando de 3 frascos no período anterior para 8 frascos no período avaliado. Embora o aumento represente uma variação percentual expressiva, deve-se considerar que o consumo absoluto permanece baixo, o que torna pequenas variações quantitativas mais impactantes quando analisadas percentualmente.

• Antibióticos utilizados



ANTIBIÓTICOS	QTDE
Ampicilina Po Sol. Inj. 1g	0
Azitromicina 500mg	37
Benzilpenicilina 1.200.000ui	126
Benzilpenicilina 600.000ui	6
Cefalotina Sodica Po/Sol.Inj. 1g	0
Ceftriaxona Iv Po/Sol.Inj. 1g	624
Ciprofloxacino 500mg	0
Clindamicina 600mg - 4ml	239
Gentamina 40mg/ml	0
Meropenem 1g	8
Meropenem 500mg	0

Gráfico 11: Antibióticos

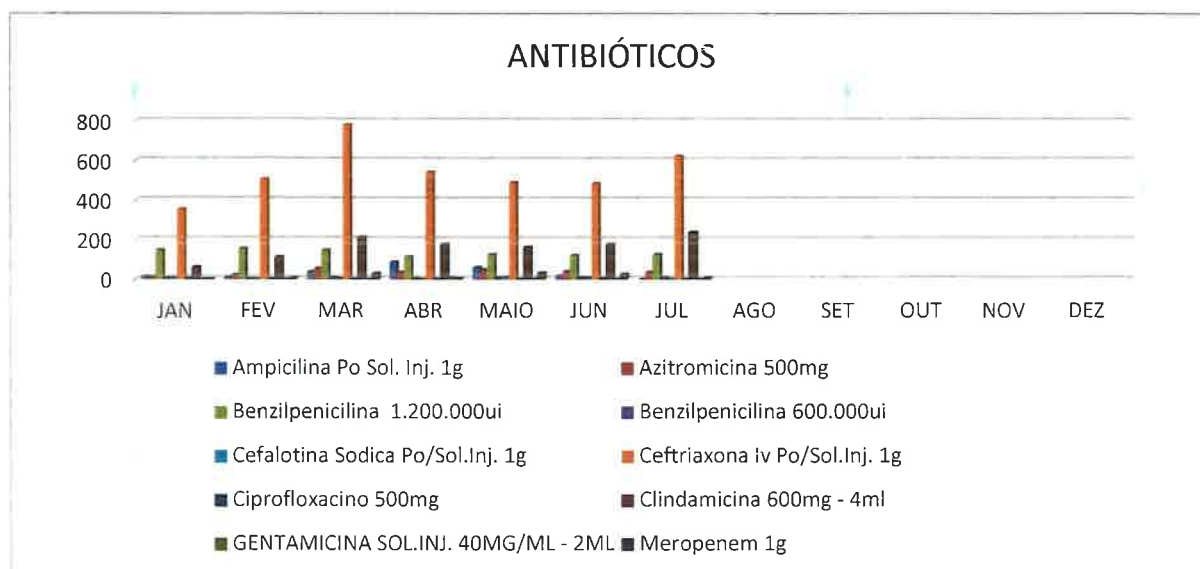


Gráfico 12: Comparativo de Antibióticos

UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



A análise do consumo de antibióticos no mês de julho demonstra um comportamento compatível com o perfil epidemiológico da unidade. A ampicilina manteve a tendência de redução observada nos últimos meses, não apresentando nenhuma saída no período, resultado esperado diante da diminuição dos casos que demandam esse antimicrobiano, especialmente após o período de maior incidência de infecções respiratórias pediátricas.

Em contrapartida, observou-se aumento no consumo da ceftriaxona 1 g, que passou de 485 para 624 unidades, bem como da clindamicina 600mg/4ml, cujo consumo aumentou de 177 para 239 unidades. Destaca-se que este foi o maior consumo mensal de clindamicina registrado desde janeiro deste ano.

Esse cenário reforça a importância do monitoramento contínuo do consumo de antimicrobianos, correlacionando-o ao perfil clínico dos pacientes atendidos e às indicações terapêuticas, a fim de identificar precocemente alterações no padrão de utilização, subsidiar ações da Comissão de Farmácia e Terapêutica e fortalecer as estratégias de gerenciamento do uso racional de antimicrobianos.

• Psicotrópicos



PSICOTROPICOS	QTDE
Diazepam Comp. 5mg	97
Diazepam Sol. Inj. 5mg/MI - 2ml	17
Etomidato 2mg / MI Sol Inj 10ml	4
Fenitoina Sol. Inj. 250mg - 5ml	4
Fentanila 0,05mg/MI - 10ml	71
Flumazenil Sol. Inj. 0,5mg - 5ml	1
Haloperidol Sol. Inj. 5 Mg/MI Amp.	9
Midazolam . 5mg/MI - 10ml	69
Midazolam 5mg/MI - 3ml	3
Morfina Sulfato . 10mg/MI	23
Morfina Sulfato 1mg/MI 2ml	0
Propofol Sol. Inj. 10mg/MI - 20ml	19
Tramadol Sol. Inj. 100mg/2ml	299
Tramadol Sol. Inj. 50mg - 1ml	14

Gráfico 13: Psicotrópicos

UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

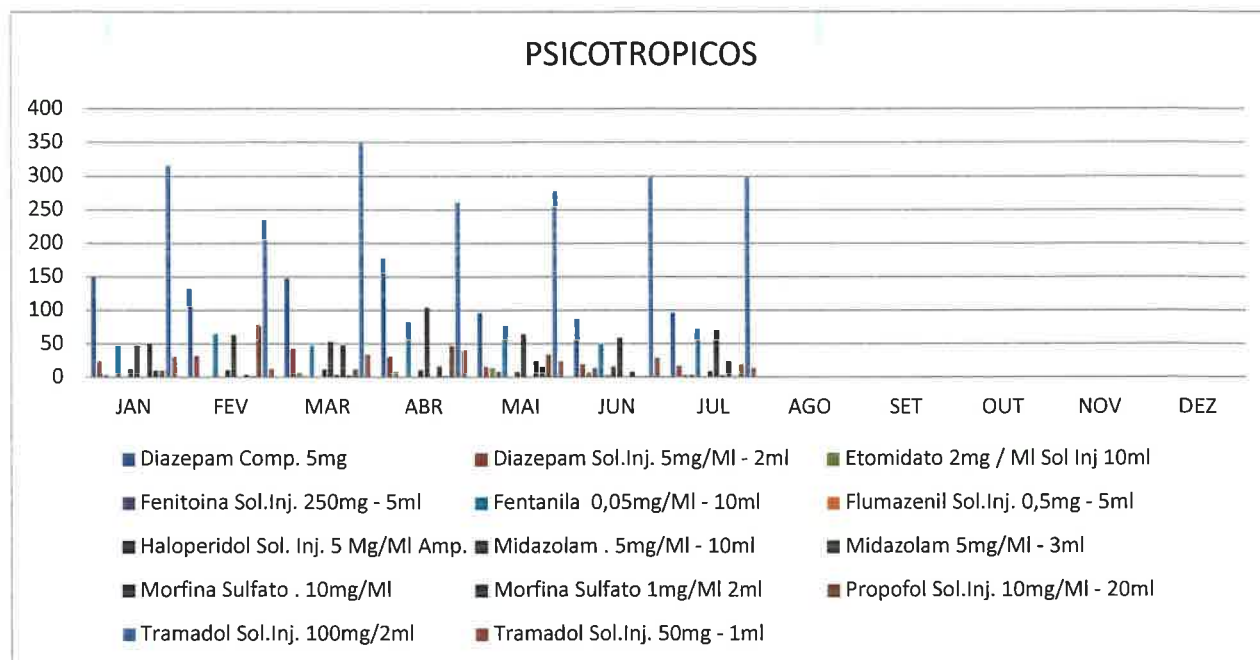


Gráfico 14: Comparativo de Psicóticos

Observa-se que o consumo de medicamentos psicotrópicos no período avaliado manteve-se dentro do padrão esperado para o perfil assistencial da unidade.

A apresentação dos indicadores da Farmácia permitiu avaliar o desempenho dos processos relacionados à assistência farmacêutica, fornecendo informações essenciais para o acompanhamento da qualidade, segurança e eficiência dos serviços prestados. A análise dos resultados possibilita identificar tendências, reconhecer oportunidades de melhoria e subsidiar a tomada de decisões pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

O monitoramento contínuo desses indicadores fortalece a gestão dos recursos, contribui para o uso racional de medicamentos, promove maior segurança na cadeia medicamentosa e direciona a implementação de ações corretivas e preventivas quando necessárias. Dessa forma, a CFT reafirma seu compromisso com a melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos, buscando garantir uma assistência farmacêutica cada vez mais segura, eficaz e alinhada às necessidades da unidade e de seus usuários.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de Agosto de 2026.


Coord. de Farmácia
CRF/PE 03224

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


UPA SOLTAVE
Inalva Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

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

000036



5Área Emitente: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Epidemiologia	Responsável pela Emissão: Danielly Carneiro	Data da Emissão: 06/08/2026
--	--	--------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Planejamento de ações da Comissão e Estratégias de treinamentos.	REDATOR: Danielly Carneiro	DATA: 06/08/2026	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	Danielly Carneiro
Mariana Menezes	Presente	Marianna Menezes
Gisele de Oliveira B. Tenório	Presente	
Luciana Serpa	Presente	Luciana Serpa
Ivana Barbosa	Presente	Ivana Barbosa
Rafaela Monique Ferreira do Nascimento	Presente	Rafaela
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

000037

**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, deliberadas 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, continuando como fluxo definitivo a reciclagem referente 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 SOTAME
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

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



No mês de julho de 2026, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), em parceria com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), desenvolveu ações voltadas à promoção da sustentabilidade, incentivo ao descarte correto de resíduos e fortalecimento das práticas de higiene das mãos.

Durante o período, foram realizadas orientações educativas com as equipes assistenciais e de apoio sobre a importância da segregação adequada dos resíduos hospitalares, práticas de reciclagem e preservação ambiental, reforçando o compromisso institucional com a sustentabilidade e o cuidado responsável com o meio ambiente.

Também foram intensificadas ações de conscientização sobre a higiene das mãos, destacando sua relevância na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e na promoção da segurança do paciente.

As atividades desenvolvidas reafirmam o compromisso da unidade com a qualidade assistencial, prevenção de infecções, responsabilidade socioambiental e fortalecimento de uma cultura de segurança e melhoria contínua.

1. AÇÕES DESENVOLVIDAS

ATIVIDADE – 01

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 S3
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

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



000069

ATIVIDADE – 02

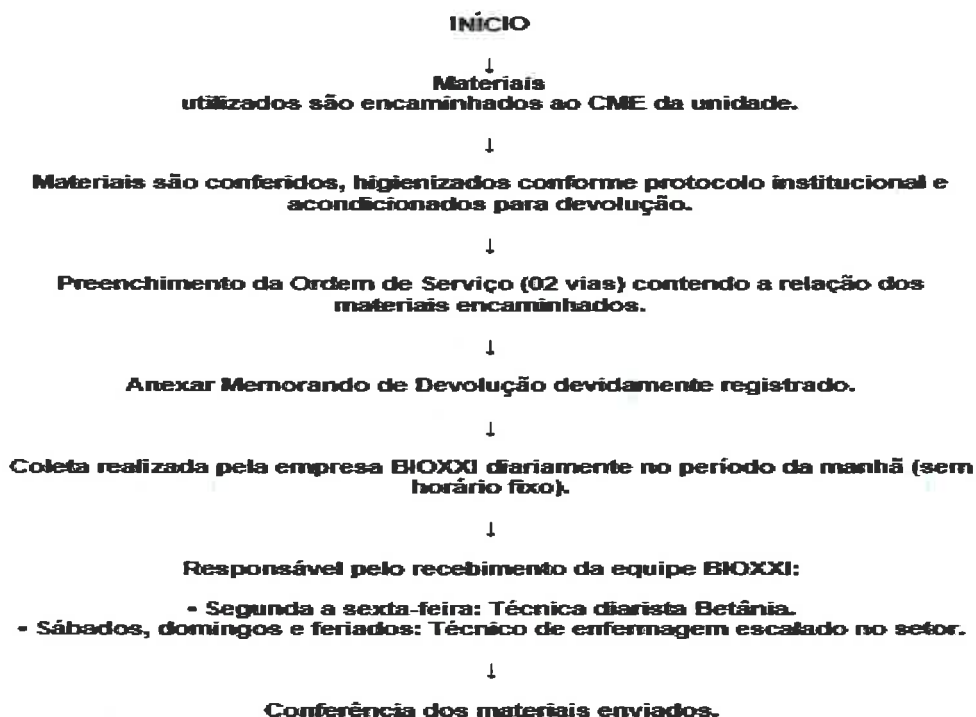
ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre os protocolos e fluxos do Centro de Material e Esterilização (CME), ministrado pela empresa parceira BIOXXI, com orientações sobre as rotinas e boas práticas do setor.

TEMÁTICA: Capacitar os técnicos responsáveis pelo CME quanto aos protocolos institucionais, fluxos operacionais e boas práticas de processamento de produtos para saúde, visando à padronização dos processos, segurança do paciente e qualidade da assistência.

PÚBLICO-ALVO: Técnicos responsáveis pelo setor de CME.



FLUXO DE COLETA E DEVOLUÇÃO DE MATERIAIS RESPIRATORIOS – UPA SOTAVE / BIOXXI



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000070



RELATÓRIO MENSAL

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

ATIVIDADE – 03

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre o protocolo e o fluxo do enxoval hospitalar, ministrado pela empresa parceira LAVCLIN, com orientações sobre as rotinas de distribuição, coleta, acondicionamento e controle do enxoval.

TEMÁTICA: Capacitar os profissionais quanto aos protocolos e fluxos do enxoval hospitalar, promovendo a padronização dos processos, o uso adequado dos materiais, a prevenção de perdas e a qualidade dos serviços prestados.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores envolvidos no processo de gestão do enxoval hospitalar.

ENVIO E RECEBIMENTO DE ENXOVAL PARA
PROCESSAMENTO – LAVCLIN

Data: / / Dia: _____ Horário da Coleta: _____ Nº da Ordem de Serviço (OS): _____

TIPO DE ENXOVAL

Lençol Adulto _____

QUANTIDADE

Lençol Pediátrico _____

TOTAL _____

Responsável UPA (Técnica Diarista):

Assinatura: _____

Responsável LAVCLIN:

Assinatura: _____

RECEBIMENTO DE ENXOVAL PROCESSADO – LAVCLIN

Data: / / Dia: _____ Horário: _____ Nº da Ordem de Serviço (OS): _____

TIPO DE ENXOVAL

Lençol Adulto _____

QUANTIDADE

Lençol Pediátrico _____

TOTAL _____

Observações: Conforme ou não conforme (quantidade e tipo de enxoval)

ORIENTAÇÃO- Só receber o material completo

Toda divergência de quantidade (devolver imediato ao técnico da Lavclin), atraso na entrega, peças danificadas, manchas permanentes, odor inadequado ou qualquer inconsistência identificada no recebimento deverá ser registrada em Livro/Formulário de Não Conformidade e comunicada à empresa terceirizada e à liderança da unidade.

UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	000071 
--	---	---

ATIVIDADE – 04

ATIVIDADE DIVERSA:

Realização de treinamento sobre o POP de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), ministrado pela Técnica de Segurança do Trabalho Camila, direcionado à equipe médica da unidade.

TEMÁTICA:

Orientar e reforçar o conhecimento da equipe médica sobre a utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), conforme o Procedimento Operacional Padrão (POP) institucional, promovendo a segurança dos profissionais, a prevenção de riscos ocupacionais e o cumprimento das normas de biossegurança.

PÚBLICO-ALVO: Equipe médica da unidade.



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


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

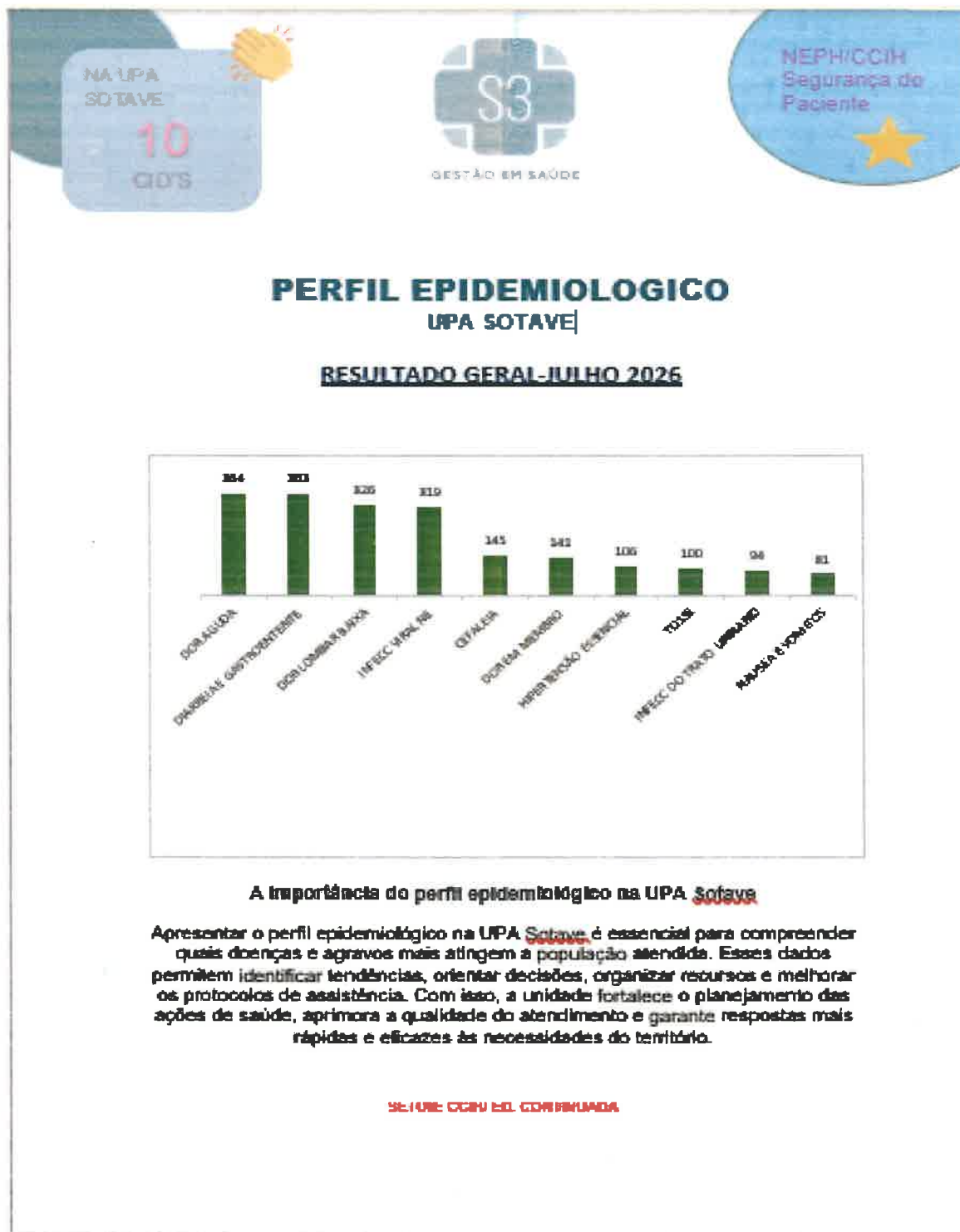


RELATÓRIO MENSAL

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



ANEXO- 1



UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

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

Os dados epidemiológicos de julho de 2026 demonstram maior frequência de atendimentos por **Dor Aguda (364 casos)**, **Diarreia e Gastroenterite de Origem Infecciosa (363 casos)**, **Dor Lombar Baixa (326 casos)** e **Infecção Viral Não Especificada (319 casos)**. Também apresentaram relevância os atendimentos por **Cefaleia (145)**, **Dor em Membro (141)**, **Hipertensão Essencial (106)**, **Tosse (100)**, **Infecção do Trato Urinário (94)** e **Náuseas e Vômitos (81)**. O perfil reforça a predominância de agravos dolorosos, infecciosos e gastrointestinais, evidenciando a importância da vigilância epidemiológica contínua, do fortalecimento das ações de prevenção e da qualificação da assistência, contribuindo para respostas mais eficazes e para a segurança do paciente na unidade.


UPA SCIH
Inalda Santos
Diretora Geral

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

ANEXO- 2**BUNDLE – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nº 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

000075

 GESTÃO EM SAÚDE	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 antisepsia 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 SOLAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	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 Periférico 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

 GESTÃO EM SAÚDE	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



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 da observação: 2 horas
Setor: PORTO
ADULTO

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	☐	☐	☐
Respeita tempo recomendado	☐	☐	☐

Observações

Ações de Melhoria Sugeridas

Responsável: _____ Assinatura: _____



CHECKLIST – USO DE ADORNOS

Equipe de Enfermagem

Data: / /

Setor: _____

Turno: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

Responsável pela verificação: _____

ADORNOS (CONFORME NR-32 E BOAS PRÁTICAS)

Item Avaliado	Conforme	Não	Conforme	NA
Ausência de anéis	☐	☐	☐	☐
Ausência de alianças	☐	☐	☐	☐
Ausência de pulseiras	☐	☐	☐	☐
Ausência de relógios	☐	☐	☐	☐
Ausência de brincos grandes	☐	☐	☐	☐
Ausência de colares	☐	☐	☐	☐
Ausência de piercing exposto	☐	☐	☐	☐
Unhas curtas e limpas	☐	☐	☐	☐
Sem esmalte ou esmalte claro e íntegro*	☐	☐	☐	☐
Sem unhas artificiais	☐	☐	☐	☐

* Conforme protocolo institucional

NÃO CONFORMIDADES OBSERVADAS

UPA 8044
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR –
SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA
☒ CHECKLIST PRÁTICO – EDUCAÇÃO PERMANENTE DA UNIDADE

JULHO/2026

☒ Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)

- ☐ POP – Enxoval
- ☐ POP – Gestão de Leitos
- ☐ POP – Reciclagem de Soro
- ☐ POP – Reciclagem Geral
- ☐ POP – EPIs e Norma Zero
- ☐ POP – CME

☒ Fluxos Institucionais

- ☐ Fluxo – Regulação do Estado de Pernambuco

☒ Capacitações e Treinamentos Técnicos

- ☐ Capacitação – Monitor Multiparamétrico
- ☐ Capacitação – Ventilador Mecânico
- ☐ Capacitação – Desfibrilador Externo Automático (DEA)
- ☐ Capacitação – Bomba de Infusão Contínua (BIC)
- ☐ Treinamento Técnico – Equipamentos Assistenciais (Empresa Êxito)

☒ Segurança do Trabalho

- ☐ Ação SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
- ☐ Ação Educativa – Segurança do Trabalho
- ☐ Orientações sobre prevenção de acidentes e uso seguro dos equipamentos

No mês de julho 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 em Saúde, promovendo maior segurança assistencial e qualidade na prestação do cuidado.

UPA SCHAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

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



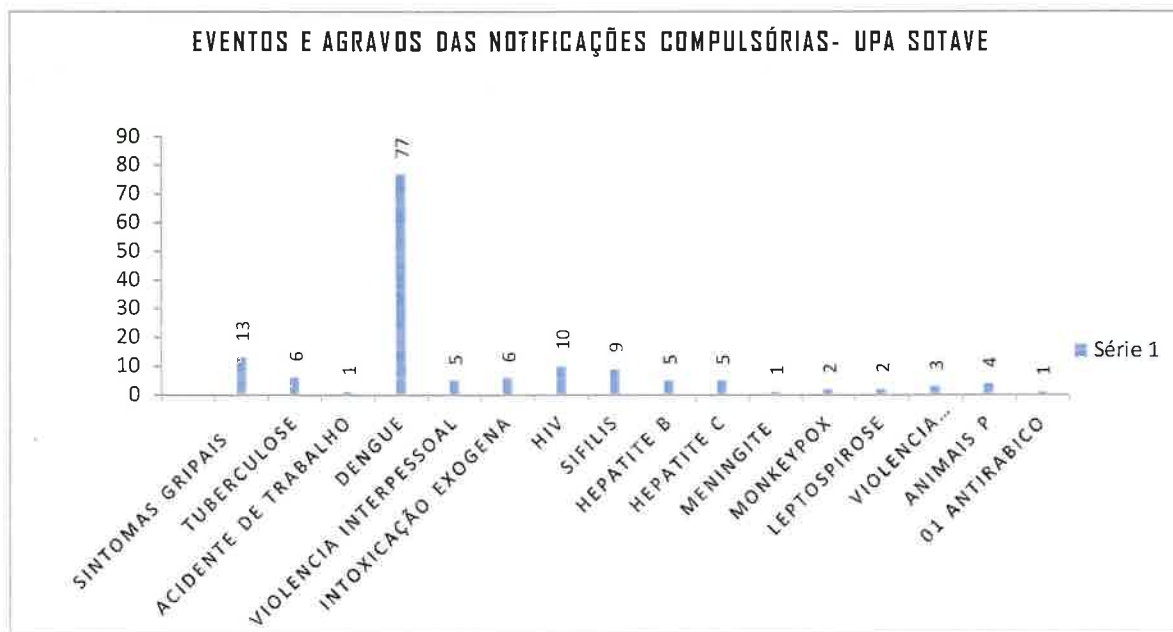
000030

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 – Julho de 2026

No mês de julho de 2026, a **Dengue** foi o principal agravo de notificação compulsória, com **77 casos**, seguida por **Sintomas Gripais (13)**, **HIV (10)** e **Sífilis (9)**. Também foram registradas notificações de **Tuberculose (6)**, **Intoxicação Exógena (6)**, **Violência Interpessoal (5)**, **Hepatite B (5)**, **Hepatite C (5)**, **Animais Peçonhentos (4)**, **Violência (3)**, **Monkeypox (2)**, **Leptospirose (2)**, além de **Acidente de Trabalho (1)**, **Meningite (1)** e **Atendimento Antirrábico (1)**. Os dados reforçam a importância da vigilância epidemiológica, da notificação oportuna e do monitoramento contínuo dos agravos, subsidiando ações de prevenção, controle e qualificação da assistência prestada pela unidade.



Notificações compulsórias referentes ao mês de julho de 2026

Jaboatão dos Guararapes, 06 de agosto de 2026.

DANIELLY TOMAZ DE MENDONÇA CARNEIRO
Educação Permanente
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ANEXO II


UPA SCITAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE

000032

**Área Emitente:**
Educação Permanente**Responsável pela Emissão:**
Danielly Carneiro**Data da Emissão:**
06/08/2026**TIPO DE REUNIÃO:**
Reunião de planejamento das
ações do Núcleo de Educação
Permanente**REDATOR:**
Danielly
Carneiro**DATA:**
06/08/2026**INÍCIO:**
14h30min**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
Ivana Barbosa	Presente	Ivana Barbosa
Rafaela Monique Ferreira do Nascimento	Nutrição Presente	Rafaela
Luciana Cardoso	Presente	Luciana C. B. dos Anjos
Mariana Menezes	Presente	Mariana Menezes
Rafaelly Monike Marques Melo	ausente	

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 SAÚDE
Inalda Santos
Diretora Geral

	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	000083 
---	--	---

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 apresentar 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 | JULHO 2026

Durante o mês de julho de 2026, a UPA Sotave desenvolveu ações de educação continuada voltadas ao fortalecimento da assistência, segurança do paciente, atualização técnica das equipes e alinhamento dos processos institucionais, promovendo a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Capacitações e Treinamentos

Foram realizados treinamentos técnicos e alinhamentos *in loco* abordando os seguintes temas:

- Ventilação mecânica;
- BIC (Bomba de Infusão Contínua);
- DEA (Desfibrilador Externo Automático);
- Monitor multiparamétrico;
- Teste para Mpox;
- NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho.


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



Campanhas e Ações Institucionais

Foram desenvolvidas ações educativas voltadas à promoção da saúde e prevenção de riscos, incluindo:

- Sala de espera sobre Regulação;
- Ações da SIPAT com foco em Segurança do Trabalho e prevenção de acidentes.
- Aniversariante do mês

Reuniões e Integração Institucional

Foram realizadas reuniões estratégicas e de alinhamento, contemplando:

- Huddles diários;
- Reunião de lideranças;
- Reuniões das comissões obrigatórias;
- Reunião de indicadores do RH;
- Alinhamento do fluxo de atendimento aos pacientes com dengue;
- Reunião do NEPH para alinhamento do LNT;
- Reunião do Projeto Boas Práticas – PROADI-SUS;
- Reunião com a Vigilância Epidemiológica para alinhamento do fluxo de pacientes com suspeita de Mpox;
- Visita técnica do COREN para alinhamento dos aspectos estruturais e assistenciais da unidade.

As ações desenvolvidas no período contribuíram para o fortalecimento da educação permanente, padronização dos processos de trabalho, segurança do paciente e qualificação da assistência prestada pela equipe multiprofissional.

AÇÕES DESENVOLVIDAS –JULHO /2026

ATIVIDADE – 01

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada uma sala de espera conduzida pelo Assistente Social, abordando o funcionamento da Central de Regulação do Estado de Pernambuco, com orientações sobre o processo de regulação, critérios de encaminhamento, fluxo de vagas e direitos dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS).

TEMÁTICA: Funcionamento da Central de Regulação do Estado de Pernambuco, promovendo o acesso à informação, esclarecendo dúvidas sobre o processo de regulação e contribuindo para que pacientes e acompanhantes compreendam o fluxo de atendimento, favorecendo maior transparência, acolhimento e participação durante o cuidado em saúde.

PÚBLICO-ALVO: Pacientes e acompanhantes.

UPA SORAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

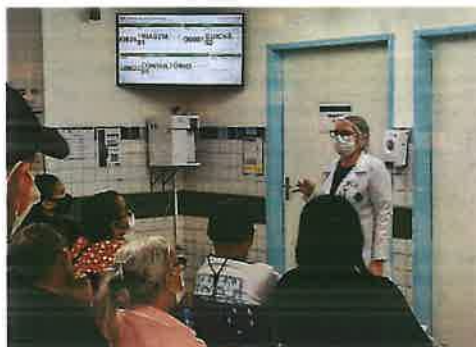


GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE

000085



ATIVIDADE – 02

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre o manuseio e a utilização do ventilador mecânico, ministrado pela empresa parceira Êxito, com demonstração prática do equipamento e orientações quanto ao seu funcionamento, configuração e uso seguro na assistência ao paciente.

TEMÁTICA: Capacitar a equipe assistencial para o uso adequado do ventilador mecânico, abordando princípios de funcionamento, parâmetros ventilatórios, monitorização, medidas de segurança, prevenção de intercorrências e boas práticas na ventilação mecânica, contribuindo para a qualidade e a segurança da assistência prestada.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial.



UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE – 03

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre o manuseio e a utilização da BIC (Bomba de Infusão Contínua), ministrado pela empresa parceira Êxito, com demonstração prática do equipamento e orientações quanto ao seu uso seguro e correto na assistência ao paciente.

TEMÁTICA: Capacitar a equipe assistencial para o uso adequado da Bomba de Infusão Contínua (BIC), abordando seu funcionamento, programação, medidas de segurança, prevenção de erros e boas práticas na administração de medicamentos, contribuindo para a qualidade e a segurança da assistência.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial.



ATIVIDADE – 04

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre o uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA), ministrado pela empresa parceira Êxito, com demonstração prática do equipamento e orientações sobre sua correta utilização em situações de emergência.

TEMÁTICA: Capacitar a equipe assistencial para o uso seguro e eficaz do Desfibrilador Externo Automático (DEA), abordando indicações de uso, funcionamento do equipamento, sequência de atendimento em casos de parada cardiorrespiratória, medidas de segurança e boas práticas, contribuindo para a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial.



UPA SOLANGE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



000087

ATIVIDADE – 05

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT), com palestras e apresentações promovidas por profissionais da unidade, abordando temas relevantes para a saúde, segurança e bem-estar dos colaboradores.

TEMÁTICA: Sensibilizar os profissionais sobre a importância da prevenção de acidentes, promoção da saúde, segurança no ambiente de trabalho e fortalecimento da cultura de segurança na unidade.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da UPA.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE – 06

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada reunião das comissões da unidade para apresentação e análise dos relatórios mensais do NEPH, NQSP, CCIH, Óbito, Prontuário e Relatório Geral.

TEMÁTICA: Avaliar indicadores, acompanhar resultados e fortalecer as ações de qualidade, segurança do paciente e melhoria contínua dos processos institucionais.

PÚBLICO-ALVO: Membros das comissões e gestores da unidade.



ATIVIDADE – 07

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado o huddle (reunião rápida) diário com as lideranças da unidade, destinado ao alinhamento das atividades, comunicação de informações relevantes e definição de prioridades para o plantão.

TEMÁTICA: Fortalecer a comunicação entre as lideranças, promover o alinhamento das ações assistenciais e administrativas, favorecer a tomada de decisões e contribuir para a melhoria contínua dos processos e da assistência prestada.

PÚBLICO-ALVO: Lideranças da unidade.




UPA SOCRATE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE – 08

ATIVIDADE DIVERSA: Realizada reunião de alinhamento do setor de RH para acompanhamento dos indicadores e dos processos relacionados aos colaboradores.

TEMÁTICA: Alinhamento dos indicadores de RH e acompanhamento dos processos dos colaboradores, visando à melhoria da gestão de pessoas.

PÚBLICO-ALVO: Equipe e lideranças do setor de RH.



ATIVIDADE-09

ATIVIDADE DIVERSA: Realizada reunião com as lideranças da unidade, ocorrida na última terça-feira do mês, para planejamento das ações e atividades do mês subsequente.

TEMÁTICA: Promover o alinhamento estratégico entre as lideranças, organizando demandas, metas e planejamentos mensais, visando à melhoria dos processos assistenciais e administrativos da unidade.

PÚBLICO-ALVO: Lideranças e gestores da unidade.



UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE – 10

000030

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado o acolhimento dos doutorandos na unidade, com apresentação da identidade institucional, Código de Ética, fluxos assistenciais e protocolos institucionais.

TEMÁTICA: Integrar os doutorandos ao ambiente institucional, promovendo o conhecimento das normas, rotinas e protocolos da unidade, contribuindo para uma atuação ética, segura e alinhada às diretrizes institucionais.

PÚBLICO-ALVO: Doutorandos.



ATIVIDADE – 11

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada reunião de alinhamento com a equipe assistencial, ministrada pela Ed. Continuada.

TEMÁTICA: Alinhar fluxos assistenciais, reforçar protocolos institucionais, padronizar condutas e promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança na assistência prestada aos pacientes.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial da unidade.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



ATIVIDADE – 12

000091

ATIVIDADE DIVERSA: Realizada reunião mensal geral para apresentação e alinhamento do Projeto Boas Práticas – PROADI-SUS sobre a sobrevida de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda na UPA.

TEMÁTICA: Discussão das boas práticas assistenciais, monitoramento das ações e fortalecimento das estratégias para melhoria da sobrevida de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda.

PÚBLICO-ALVO: Equipe multiprofissional e lideranças da UPA.



ATIVIDADE – 13

ATIVIDADE DIVERSA: Realizado treinamento *in loco* sobre o procedimento de coleta e realização do teste para Monkeypox (Mpox), com demonstração prática e padronização do fluxo assistencial.

TEMÁTICA: Capacitação da equipe quanto às indicações, técnica de coleta, acondicionamento da amostra, medidas de biossegurança e fluxo de notificação, visando à qualidade diagnóstica e à segurança do paciente e dos profissionais.

PÚBLICO-ALVO: Equipe multiprofissional da UPA.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE – 14

000032

ATIVIDADE DIVERSA: Realizada reunião com a Vigilância Epidemiológica para alinhamento do fluxo assistencial aos pacientes com suspeita de Mpox (Monkeypox).

TEMÁTICA: Padronização do fluxo de atendimento, notificação, coleta de amostras e encaminhamentos, conforme os protocolos vigentes.

PÚBLICO-ALVO: Equipe multiprofissional, Vigilância Epidemiológica e lideranças da unidade.



ATIVIDADE – 15

ATIVIDADE DIVERSA: Realizada visita técnica do COREN para alinhamento dos aspectos estruturais e assistenciais da unidade.

TEMÁTICA: Avaliação e orientação quanto à adequação da estrutura física e dos processos assistenciais, em conformidade com as normativas do exercício profissional.

PÚBLICO-ALVO: Coordenação, lideranças e equipe de enfermagem da unidade.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE – 16

000033

ATIVIDADE DIVERSA: Realizado alinhamento *in loco* sobre a NR-32, ministrado pela Técnica de Segurança do Trabalho.

TEMÁTICA: Orientação quanto às medidas de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, reforçando as práticas de prevenção de riscos ocupacionais e o cumprimento da NR-32.

PÚBLICO-ALVO: Equipe multiprofissional da unidade.



ATIVIDADE – 17

ATIVIDADE DIVERSA: Realizada reunião do NEPH para alinhamento do documento de Levantamento das Necessidades de Treinamento (LNT), conforme padrão institucional disponível no sistema Qualiex.

TEMÁTICA: Padronização do preenchimento e atualização do LNT, visando ao planejamento das ações de educação permanente e ao atendimento dos requisitos institucionais.

PÚBLICO-ALVO: Integrantes do NEPH e lideranças da unidade.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral





GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



000034

ATIVIDADE – 18

ATIVIDADE DIVERSA: Realizada ação educativa sobre prevenção a acidentes de trabalho.

TEMÁTICA: Orientação sobre prevenção de acidentes, identificação de riscos ocupacionais e fortalecimento da cultura de segurança no ambiente de trabalho.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE – 19

000095

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada a reunião on-line ao vivo do **IntegraS3 – Universidade Corporativa**, com a palestra "**Respeito que Protege: Prevenção ao Assédio e Construção de Ambientes de Trabalho Seguros**", ministrada pelo **Dr. Bruno Calil**, Assessor Jurídico da S3.

TEMÁTICA: Sensibilizar e orientar os colaboradores sobre a prevenção ao assédio no ambiente de trabalho, promovendo o respeito, a ética, a valorização das pessoas e a construção de um ambiente de trabalho seguro, acolhedor e saudável.

PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade.



ATIVIDADE – 20

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada reunião da Comissão do NEPH para planejamento e alinhamento dos processos da unidade.

TEMÁTICA: Planejamento, alinhamento e fortalecimento dos processos de trabalho da Comissão do NEPH.

PÚBLICO-ALVO: Membros da Comissão do NEPH.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

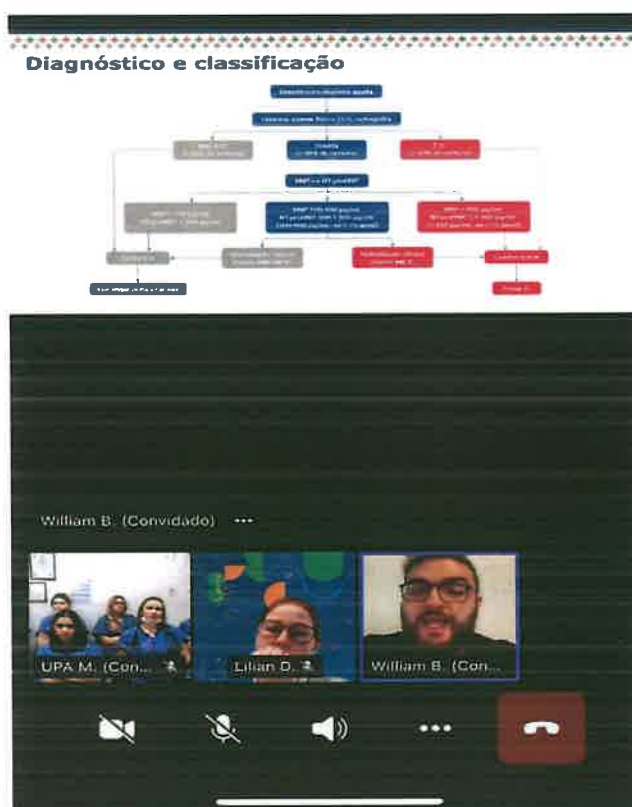
ATIVIDADE – 21

000096

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada capacitação por meio do **2º Encontro "Bate-papo com Especialista"**, abordando aspectos relacionados à **Insuficiência Cardíaca**, com enfoque no **Registro BREATHE**, etiologias, mortalidade intra-hospitalar, período vulnerável da doença e estratégias para redução de reinternações.

TEMÁTICA: Atualização em Insuficiência Cardíaca – Registro BREATHE, perfil epidemiológico, mortalidade e manejo do período vulnerável.

PÚBLICO-ALVO: Profissionais de saúde da UPA Sotave.



ATIVIDADE – 22

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.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE



PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade.

000097



Cronograma de Capacitação e Conscientização – JULHO 2026

No mês de julho de 2026, a equipe da **UPA Sotave** executou um cronograma de capacitações e ações institucionais, alcançando aproximadamente **95% dos colaboradores**

Foram realizadas:

- **Treinamentos:** 07
- **Ações / Campanhas:** 05
- **Reuniões:** 10

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, 06 de agosto de 2026.



Danielly Carneiro

Coren-PE 693017

Educação Permanente

DANIELLY TOMAZ DE MENDONÇA CARNEIRO
Enf. Núcleo Educação Permanente

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

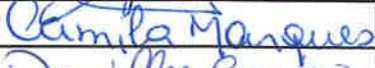
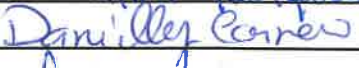
	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
---	--	---

000098

Área Emitente: Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade	Responsável pela Emissão: Gisele Tenório	Data da Emissão: 06/08/2026
--	--	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Reunião de Alinhamento do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade	REDATOR: Gisele Tenório	DATA: 06/08/2026	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h:30min
--	-----------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------

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

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

ATA DA REUNIÃO		
ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Notificações realizadas no mês de julho	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

000099

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.

No mês de julho, o **Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH)**, em parceria com o **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)**, desenvolveu um conjunto de ações estratégicas voltadas ao fortalecimento da educação permanente, à qualificação dos processos assistenciais, à promoção da segurança do paciente e à humanização do cuidado.

No âmbito da capacitação dos profissionais, foram realizados treinamentos sobre: Uso Seguro da Bomba de Infusão Contínua (BIC), Ventilação mecânica, DEA, Monitor Multiparamétrico, Teste para MPOX, NR32 – Segurança e Saúde no trabalho, Treinamento sobre POP de Equipamento de Proteção Individual (EPI), Protocolos e fluxos do CME, Reforço sobre coleta seletiva e descarte adequado de resíduos. As atividades foram conduzidas por profissionais da instituição e parceiros técnicos, promovendo atualização de conhecimentos, padronização das práticas assistenciais e fortalecimento da cultura de segurança.


UPA SQUAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

Como parte das ações institucionais, colaboradores da unidade participaram da capacitação para: Sala de espera sobre como funciona a Central de Regulação de Leitos (CRL); Ações da SIPAT com foco na prevenção de acidentes; Reunião das lideranças; Reunião do NEPH para alinhamento do LNT; Alinhamento do fluxo de atendimento aos pacientes com dengue; Reunião com a Vigilância Epidemiológica para alinhamento de fluxo de pacientes com suspeita de MPOX.

No campo da gestão e governança, foram promovidas reuniões de alinhamento entre o NEPH, representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Coordenação de Enfermagem e equipes assistenciais, com foco na revisão de processos, monitoramento de indicadores, alinhamento de rotinas e fortalecimento das estratégias voltadas à melhoria contínua da qualidade assistencial.

Durante o mês, foram realizados Huddles diários conforme protocolo institucional com a equipe multiprofissional, com o objetivo de fortalecer a comunicação efetiva entre os colaboradores, identificar riscos assistenciais, alinhar informações importantes do plantão e discutir estratégias para melhoria contínua da segurança do pacientes. As reuniões contribuíram para o acompanhamento das demandas assistenciais, identificação precoce de possíveis não conformidades, organização do fluxo de atendimento e definição de ações imediatas para prevenção de incidentes e eventos adversos.

O huddle também favoreceu a integração entre os setores, maior agilidade na tomada de decisões e fortalecimento da cultura de segurança do paciente na unidade e 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.

Os Protocolos de Segurança do Paciente tem como finalidade estabelecer diretrizes assistenciais padronizadas voltadas à prevenção e redução de riscos e danos à saúde.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

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 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 julho, foram analisados 10% dos prontuários (453) de um total de 4.534 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 **18 (dezoito)** incidentes relacionados à segurança assistencial, distribuídos da seguinte forma: **03 (três) Eventos adversos (com potencial dano)**: paciente em sala amarela sem realização de curativo; paciente reclamando de sujeira dos curativos e enfermeira que deixou de realizar 02 curativos; **01 (um) Evento adverso (com dano leve)**: queda do paciente da cadeira após convulsionar; **01 (um) Evento adverso (com dano)**: administrado Norepinefrina em acesso venoso periférico por 28h, causando lesão em MSE, local da inserção do acesso; **06 (seis) Incidentes sem dano ou quase falha** como demora no atendimento a um paciente autista devido as duas médicas estarem almoçando no mesmo horário; demora de 1h para classificar os pacientes; médica não conseguiu gerar o antibiótico no sistema e a farmácia recusou dispensação por estar prescrito manualmente; falha na execução do teste rápido de dengue e falha no aprazamento do antibiótico; administrada


UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

medicação errada no paciente; **01 (um) acidente ocupacional** com exposição a material biológico com material perfuro cortante; **06 (seis) Incidentes relacionados à comunicação e processo de trabalho:** Enfermeira informou à paciente que não poderia esperar para fazer Noripurum e que deveria ser administrado logo após a triagem; Condutor informou ao paciente que seria transferida imediatamente, sem competência para essa decisão; dados do paciente desatualizado no sistema; paciente sem evolução no sistema da CRL; exames laboratoriais críticos sem atualização e falha no fluxo de dispensação de material. 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 ou quase falha:** 06 (seis casos) - demora no atendimento a um paciente autista devido as duas médicas estarem almoçando, demora de 1h para classificar os pacientes, médica não conseguiu gerar o antibiótico no sistema e a farmácia recusou dispensação por estar prescrito manualmente, falha na execução do teste rápido de dengue, falha no aprazamento do antibiótico e administração de medicação errada no paciente;
- **Evento Adverso (com dano leve):** 01 (um caso) - queda de um paciente da cadeira após crise convulsiva.
- **Evento Adverso (com dano):** 01 (um caso) – administrado Norepinefrina em acesso venoso periférico por 28h, causando lesão em MSE, local da inserção do acesso.
- **Eventos Adversos assistenciais (com potencial dano ao paciente):** 02 (dois casos)- paciente em sala amarela sem realização de curativo, paciente reclamando de sujidade dos curativos e enfermeira que deixou de realizar 02 curativos.
- **Incidentes relacionados à comunicação e processo de trabalho:** 06 (seis casos) - Enfermeira informou à paciente que não poderia esperar para fazer Noripurum e que deveria ser administrado logo após a triagem, Condutor informou ao paciente que seria transferida imediatamente, sem competência para essa decisão, dados do paciente desatualizado no sistema, pacientes sem evolução médica no sistema da CRL, exames laboratoriais críticos sem atualização médica e falha no fluxo de dispensação de material.
- **Incidente com dano ao profissional (evento ocupacional):** 01 (um caso) – Acidente com material perfurocortante. Classificado com incidente com dano ao profissional de Saúde, com exposição a material biológico, conforme protocolo de segurança ocupacional.


UPA SOAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

No período em análise, o Núcleo da Qualidade realizou a avaliação das notificações de incidentes relacionados à assistência, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria nos processos de trabalho, fortalecer a cultura de segurança do paciente e reduzir riscos assistenciais.

Foram identificadas notificações relacionadas, principalmente, a atrasos no atendimento, falhas na execução de procedimentos assistenciais, incidentes envolvendo o processo de medicação, dificuldades operacionais decorrentes do sistema informatizado e falhas de comunicação entre profissionais e pacientes.

As notificações evidenciaram situações de demora no atendimento médico e na classificação de risco, atribuídas à organização dos fluxos assistenciais e da escala de profissionais, representando incidentes sem dano, porém com potencial de comprometer a segurança do paciente caso ocorram de forma recorrente. Também foi registrada falha no processo de prescrição e dispensação de antibiótico devido à indisponibilidade do sistema eletrônico, ocasionando atraso no início da terapêutica.

No que se refere à assistência de enfermagem, foram notificadas ocorrências relacionadas à não realização de curativos prescritos, manutenção de curativos com sujidade, falha no aprazamento de antibióticos, erro na execução do teste rápido para dengue e erro na administração de medicamento. Tais situações configuram incidentes assistenciais com potencial para evolução para eventos adversos, caso resultem em dano ao paciente, demandando monitoramento e intervenção imediata.

Foram ainda registradas falhas de comunicação, incluindo orientação inadequada ao paciente quanto ao processo de transferência e informações divergentes sobre o momento de administração de medicamentos, evidenciando a necessidade de padronização das informações prestadas pela equipe assistencial.

Após análise das notificações, o Núcleo da Qualidade definiu como ações de melhoria:

- Reorganização das escalas assistenciais para garantir cobertura contínua durante os horários de refeição;
- Monitoramento dos tempos de espera para classificação de risco e atendimento médico;
- Revisão do fluxo de contingência para prescrição manual em situações de indisponibilidade do sistema eletrônico;
- Reforço dos protocolos de administração de medicamentos e aprazamento;
- Implantação de checklist para acompanhamento dos procedimentos de enfermagem;
- Intensificação das auditorias dos registros assistenciais;
- Realização de educação permanente sobre segurança do paciente, comunicação efetiva e cumprimento dos protocolos institucionais;


UPA SONIA
Inalda Santos
Diretora Geral

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

- Monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais para avaliação da efetividade das medidas implementadas
- Capacitar a equipe sobre o uso de medicamentos vasoativos, incluindo a utilização de acesso venoso central quando indicado e a vigilância de sinais de flebite e extravasamento;
- Revisar o fluxo de dispensação de materiais para reduzir falhas operacionais;
- Reforçar a conferência dos "9 certos" da administração de medicamentos;
- Reforçar o fluxo de comunicação de resultado de exame laboratorial crítico.

O Núcleo da Qualidade manterá o acompanhamento sistemático das notificações, promovendo a análise das causas, a implementação de ações corretivas e preventivas e o monitoramento dos resultados, com o objetivo de fortalecer a qualidade da assistência e a segurança do paciente, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente e da Secretaria Municipal de Saúde.

Diante do exposto, como medidas de melhoria, o NSP reforçou as orientações as 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 corrigidas, para que sejam analisadas e sirvam de aprendizado coletivo, reforçando com toda a equipe que o foco é a prevenção e não punição.


UPA SONAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

Tabela 1- NOTIFICAÇÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO/2026

TIPOS DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS / NÃO CONFORMIDADES	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Falha na identificação do paciente (Pulseira)	----	----
Falha na identificação da placa beira leito	----	----
Falha na Comunicação.	06	0,013%
Falha na administração de medicamentos.	01	0,002%
Falha na identificação de medicamentos multidoses	----	----
Falha na identificação de AVP	----	----
Eventos adversos associados a equipamentos /produtos de assistência à saúde.	01	0,002%
Falha na higienização das mãos.	----	----
Queda do paciente.	01	0,002%
Lesão por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado, adquiridos na unidade).	00	00
Flebite.	01	0,002%
Falha na administração de dietas.	----	----
Falhas no transporte do paciente.	----	----
Falha na higienização do paciente.	----	----
Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)	----	----
Extubação Acidental.	----	----
Broncoaspiração.	----	----
Tromboembolismo Venoso (TEV).	----	----
Sequela ou óbito por meio de um evento sentinela.	----	----
Falhas nas evoluções dos prontuários e prescrições	01	0,002%
Outros eventos adversos não mencionados.	07	0,013%
Evasão do paciente referente ao valor total de atendimento registrado no MV	272	0,60%
TOTAL	290	0,60%


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

Foram selecionados 453 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 rescindir.

No mês de junho foram registradas 280 evasões, enquanto no mês de julho foram 272, representando uma diminuição de 08 casos equivalente a aproximadamente 2,86% em relação ao mês anterior. Embora a diminuição seja discreta, o resultado demonstra uma tendência positiva, sugerindo melhora na permanência dos pacientes até a conclusão do atendimento. No entanto, o quantitativo ainda permanece relevante, reforçando a necessidade de manter estratégias voltadas à redução das evasões.

Recomenda-se manter as estratégias voltadas à redução das evasões, como o monitoramento do tempo de espera, orientação aos usuários sobre a importância de aguardar a avaliação médica e identificação dos principais motivos que levam os pacientes a deixarem a unidade antes da finalização do atendimento. Esse acompanhamento contínuo contribui para a segurança do paciente e para a qualidade da assistência prestada, avaliando estratégias para reduzir as evasões, especialmente aquelas relacionadas ao tempo de espera, promovendo maior adesão ao fluxo assistencial.

De modo geral, o indicador apresentou desempenho favorável no mês de julho com redução de 2,86% nas evasões em comparação ao mês anterior. Apesar da melhora, o número de casos ainda evidencia a necessidade de manter o monitoramento e fortalecer ações que promovam a permanência do paciente até a conclusão do atendimento. A análise sistemática das causas das evasões e a implementação de medidas para otimizar o fluxo assistencial permanecem essenciais para a melhoria da qualidade do atendimento e para a segurança do paciente.

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 SODAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

PLANO DE AÇÃO 5W2H							
5W				2H			
O QUÊ?	PORQUE?	ONDE?	QUEM?	QUANDO?	COMO?	QUANTO CUSTA	STATUS
- Reforçar protocolo de prevenção de quedas - Falha na comunicação - Reforçar o Protocolo seguro de adm. De medicamentos - Revisar o fluxo de dispensação de materiais - Implementar ações de prevenção e monitoramento de flebite. - Garantir o registro completo e oportuno das evoluções médicas. - Garantir a execução dos curativos conforme prescrição e protocolo institucional. - Padronizar e conferir o aprazamento dos antimicrobianos.	- Minimizar risco ao paciente - Reduzir erros e garantir continuidade do cuidado - Prevenir erros e eventos adversos - Evitar atraso no fluxo da assistência - Reduzir complicações relacionadas ao acesso venoso. - Assegurar rastreabilidade e continuidade da assistência. - Prevenir infecções e favorecer a cicatrização. - Garantir a administração nos horários prescritos e a eficácia terapêutica.	- Setores assistenciais - Setores assistenciais - Salas vermelhas, observações - Almoarifado, Farmácia e setores assistenciais - Todos os setores com terapia intravenosa. - Sistema de CRL - Unidades assistenciais. - Unidades assistenciais.	- Equipe Multiprofissional - Coord. De enfermagem, corpo clínico e Qualidade - Enfermagem, farmácia e ed. Permanente - Almoarifado, Farmácia, Enfermagem e Suprimentos. - Enfermagem e Comissão de Controle de Infecção. - Corpo Clínico e Coordenação Médica. - Equipe de Enfermagem e Coordenação. - Enfermagem, Farmácia e Corpo Clínico.	- Imediato e contínuo - Imediato - Em até 30 dias - Em até 45 dias. - Imediato e monitoramento contínuo. - Em até 30 dias - Imediato - Em até 30 dias	- Aplicação de escala de risco e orientação - Treinamento da equipe, uso de passagem de plantão padronizada - Capacitação e auditoria dos 9 certos da adm. De medicamentos - Revisão do fluxo, definição de responsabilidades e monitoramento de indicadores. - Capacitação, aplicação de escala de avaliação de flebite e auditorias dos acessos venosos - Revisão da rotina, checklist diário e acompanhamento dos pacientes com curativos programados. - Capacitação, dupla conferência do aprazamento e monitoramento por auditorias.	- Sem custo adicional (ação educativa interna) - Sem custo - Recursos próprios - Recursos próprios - Recursos próprios - Recursos próprios	- Correção Imediata - Correção Imediata


 UPA SOLTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

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

CARACTERIZAÇÃO DO INCIDENTE / EVENTO ADVERSO E NÃO CONFORMIDADE

Observamos que os eventos notificados no período foram predominantemente classificados como incidentes e classificados como: Incidente sem dano ao paciente e Evento Adverso. Embora os incidentes sem dano não tenham gerado prejuízo direto, estes representam importante 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.

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. 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:

- **Queda** - o paciente foi avaliado de imediato pela equipe multiprofissional, permanecendo estável clinicamente e hemodinamicamente. Foi notificado ao NSP, sendo realizada análise dos fatores contribuintes e reforçadas as medidas preventivas relacionadas ao protocolo institucional de prevenção de quedas.


UPA SANTOS
Inalda Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	000109 
--	---	---

- **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);
- **Falha na comunicação:** Reforçado com as equipes protocolo de comunicação, para que seja evitado erros e garantir a continuidade da assistência;
- **Falha na administração de medicamentos:** O paciente foi avaliado pela médica plantonista e deixado em observação e monitoramento dos SSVV.
- **Flebite:** Conversado com o diretor médico para falar com a equipe de médicos sobre o ocorrido, pois foi questionado pelo enfermeiro a punção de acesso central, sem ser atendido. E conversado com a equipe que não sinalizou de imediato;
- **Falha na evolução no sistema da CRL:** Comunicado ao diretor médico para que ele falasse com a equipe para ter mais atenção no sistema da CRL, para que não seja perdida vaga por falta de evolução.
- **Falha no aprazamento do antibiótico:** Orientado toda a equipe quanto a prestar mais atenção sobre o aprazamento para evitar que não seja realizado a medicação em tempo hábil;
- **Não realização do curativo / sujidade:** Reforçado junto a equipe de enfermagem que ao realizar o curativo estamos favorecendo a cicatrização e prevenindo infecções.
- **Cadastro de paciente desatualizado:** Conversado com a equipe da recepção para que tivesse mais atenção aos dados cadastrais dos pacientes, pois assim podemos assegurar a rastreabilidade e continuidade da assistência, evitando um possível evento adverso.
- **Demora de atendimento a um paciente com TEA:** Repassado para o coordenador médico, que conversou com sua equipe e reforçou a importância e os cuidados desses pacientes serem atendidos com agilidade.


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

000110

 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)	03
QUASE ERRO (incidente que é evitado antes de atingir o paciente)	06
INCIDENTE SEM DANO (um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano)	06
INCIDENTE COM DANO - Evento Adverso (incidente que resulta ou não em dano ao paciente)	02
NÃO CONFORMIDADE	00
OUTROS (Acidente ocupacional com exposição a risco biológico)	01
TOTAL	18

Jaboatão dos Guararapes, 06 de agosto de 2026

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



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



Relatório Circunstancial do Serviço Social UPA SOTAVE – JULHO/2026

000111

No mês de julho, o Serviço Social desta unidade atuou de forma multidisciplinar, atendendo e encaminhando pacientes que não tinham perfil do serviço, a fim 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 julho, o Serviço Social da Unidade desenvolveu ações voltadas à promoção da saúde e à educação em saúde por meio de atividades educativas realizadas no formato de salas de espera, direcionadas aos pacientes que aguardavam atendimento na recepção e aos acompanhantes de pacientes em observação médica. O tema do assunto abordado foi **"Você está aguardando uma vaga hospitalar?"**, com o objetivo de esclarecer o funcionamento do processo de regulação de leitos, o fluxo de transferência de pacientes e o papel desempenhado pela Central de Regulação do Estado de Pernambuco.

Durante as atividades, foram repassadas informações sobre os critérios técnicos utilizados para a definição da prioridade de acesso às vagas hospitalares, enfatizando que a disponibilização de leitos não ocorre por ordem de chegada, mas conforme a gravidade do quadro clínico, o risco de agravamento, a


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

necessidade de tratamento especializado, a disponibilidade de leitos e os recursos existentes em cada unidade hospitalar. Também foi esclarecido que, enquanto aguarda a transferência, o paciente permanece recebendo assistência contínua na UPA, com acompanhamento médico e de enfermagem, administração de medicamentos, realização de exames quando necessários, monitorização e reavaliações frequentes, garantindo a continuidade do cuidado.

As ações também proporcionaram espaço para esclarecimento de dúvidas frequentes da população, como a impossibilidade de escolha do hospital de destino, a impossibilidade de a Unidade acelerar a liberação de vagas, bem como a inexistência de um tempo determinado para a transferência, uma vez que esse processo depende da disponibilidade de leitos e da avaliação da Central de Regulação. Essas informações contribuíram para desmistificar o funcionamento da regulação, reduzir inseguranças e expectativas equivocadas, além de fortalecer a compreensão da população sobre os critérios que garantem maior equidade e segurança na oferta dos serviços de saúde.

O desenvolvimento dessas atividades representa uma importante estratégia de educação em saúde, promoção da transparência e fortalecimento do vínculo entre os usuários e os serviços prestados pela Unidade. Ao fornecer informações claras e acessíveis, o Serviço Social contribui para a humanização da assistência, para o exercício do direito à informação e para a redução de conflitos decorrentes do desconhecimento sobre o processo de regulação hospitalar.

Por se tratar de um tema de grande relevância e recorrente no cotidiano da Unidade de Pronto Atendimento, considera-se que essa ação possui significativo caráter social e de utilidade pública, não devendo se restringir às atividades realizadas durante o mês de julho. Recomenda-se a continuidade dessas estratégias educativas, por meio de salas de espera e outras ações de educação em saúde, favorecendo a disseminação permanente de informações que promovam maior compreensão sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde e do sistema de regulação de leitos.

As atividades desenvolvidas ao longo do mês reafirmam o compromisso do Serviço Social e desta Unidade de Pronto Atendimento com a promoção da saúde, a educação em saúde, a humanização do atendimento e o fortalecimento das ações socioeducativas, contribuindo para uma assistência mais acolhedora, transparente, qualificada e comprometida com a preservação da vida e com a garantia dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000113

TOTAL DE AÇÕES DO MÊS DE JULHO

ATIVIDADES	NÚMERO DE AÇÕES DO MÊS
ATENDIMENTO SOCIAL (CLASSIFICAÇÃO AZUL)	15
DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE	14
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO	14
OBITO (acolhimento e orientações)	12
NOTIFICAÇÃO A REDE SOCIOASSISTENCIAL	1
NOTIFICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR	2
ATENDIMENTOS DIVERSOS	985
CÓPIA DE PRONTUÁRIO (ENTREGA AO PACIENTE)	3
SALA DE ESPERA (AÇÕES DE SAÚDE)	117
ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO DO PEP	14
NOTIFICAÇÕES	41
TOTAL DE AÇÕES DO MÊS	1.218

Betânia Guimarães
Assistente Social

CRESS 12837
PI Betânia Guimarães

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

Inalda Santos
UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000114

ANEXO III


UPA SORAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

Gerenciamento de Resíduos - PGRSS

000115

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 Saúdes 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.



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 SOTAVE
Inalda Santes
Diretora Geral

GRUPO E – Caixas de perfuro cortante tipo Descartex.

000117



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 julho de 2026:

Conforme os dados abaixo, verificamos que em **julho de 2026** foram produzidos e gerenciados **773,80 kg** de lixo infectados.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

COLETA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS — JULHO/2026

000118

BOMBONAS	PESO LÍQUIDO (KG)	DATA
4	54,9	01/07/2026
3	54,9	03/07/2026
3	54,9	06/07/2026
3	47,5	08/07/2026
3	42,2	10/07/2026
4	73,8	13/07/2026
3	39,5	15/07/2026
3	46,1	17/07/2026
3	51	20/07/2026
4	65	22/07/2026
5	65,3	24/07/2026
5	78,4	27/07/2026
5	58,8	29/07/2026
3	41,5	31/07/2026
51	773,8	TOTAL

ANÁLISE DE RESÍDUOS INFECTANTES - JANEIRO A DEZEMBRO - 2026



Marianna Menezes
 **Marianna Menezes**
 Supervisora Administrativa
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
 Inaída Santos
 Diretora Geral

000119

ANEXO IV


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



000120

RELATÓRIO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

UPA – SOTAVE

JULHO/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 da 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 julho/2026, foram realizadas as seguintes atividades: 1) Aplicação de Película na porta de vidro do corredor central, 2) Troca de Mola da porta de vidro do corredor central, 3) Recuperação de longarinas, 4) Pintura do muro em frente ao necrotério e lixeiras, 5) Conserto de Cama Hospitalar, 6) Troca de Sifão das pias, 7) Conserto de Hidra

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: Aplicação de película na porta de vidro do corredor central

STATUS ATUAL: realizado



SERVIÇO: Troca de mola da porta de vidro do corredor central

STATUS ATUAL: realizado



SERVIÇO: Recuperação de longarina

STATUS ATUAL: realizado



SERVIÇO: Pintura do muro em frente ao necrotério e lixeiras

STATUS : : realizado



UPA SOBRAL
Inalda Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: Conserto de cama hospitalar

STATUS: realizado



SERVIÇO: Troca de Sifão

STATUS :: realizado



SERVIÇO : Conserto da hidra

STATUS ATUAL: antes



SERVIÇO: Conserto da hidra

STATUS ATUAL: depois



Marianna Menezes
S3 Marianna Menezes
Supervisora Administrativa
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

Inalda Santos
UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000123

ANEXO V


UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335

contato@s3saude.com.br



000124



RELATÓRIO MENSAL INDICADORES/ASSISTÊNCIAS



Área Emitente: NEPH	Responsável pela Emissão: Danielly Carneiro	Data da Emissão: 06/08/2026
-------------------------------	---	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Indicadores Assistenciais	REDATOR: Danielly Carneiro	DATA: 06/08/2026	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h30min
--	--------------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

PAUTA

Relatório Mensal de Indicadores Assistenciais – julho 2026

PARTICIPANTES

NOME	STATUS (presente/a usente)	ASSINATURA
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	Danielly Carneiro
Inalda Santos	Presente	Inalda Santos
Luciana Cristina Cardoso	Presente	Luciana Cardoso
Rafaelly Monike Marques melo	—	—

ATA DA REUNIÃO

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

UPA SOAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



Relatório Mensal de Indicadores Assistenciais

1. Apresentação

Período: Julho 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 ao Tempo de espera por classificação de risco (Protocolo de Manchester); quantitativo de atendimentos por cor; fluxo de pacientes no Fast Track; Quantidade de protocolos de IAM abertos; Tempo Porta–Eletrocardiograma (Porta-ECG)

2. Análise dos Indicadores do Fluxo Assistencial

Os dados extraídos do sistema MV, considerando o fluxo do **Totem até a Alta** (Classificação de Manchester – todas as cores), demonstram desempenho satisfatório nas etapas iniciais do atendimento. A mediana do tempo entre o **Totem e a Triagem** variou de **13 minutos e 16 segundos a 27 minutos e 5 segundos**, enquanto a mediana entre o **Totem e a Recepção** oscilou de **18 minutos e 27 segundos a 28 minutos e 43 segundos**, indicando tempo compatível com o acolhimento e o processamento inicial dos pacientes.

Em relação ao tempo entre o **Totem e a Alta**, as medianas variaram de **2 horas, 8 minutos e 44 segundos a 4 horas, 59 minutos e 59 segundos**, evidenciando um fluxo assistencial relativamente homogêneo e compatível com a permanência esperada para avaliação clínica, realização de exames, definição diagnóstica e conduta terapêutica na maioria dos atendimentos.

Do ponto de vista gerencial, os indicadores demonstram estabilidade no fluxo de atendimento, sem grande variabilidade entre os tempos observados. Ainda assim, permanecem oportunidades de aprimoramento voltadas à redução do tempo até a triagem e à otimização dos processos internos, especialmente na realização de exames, definição de condutas e liberação dos pacientes, contribuindo para maior eficiência operacional, redução do tempo de permanência e melhor utilização da capacidade instalada da unidade.


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



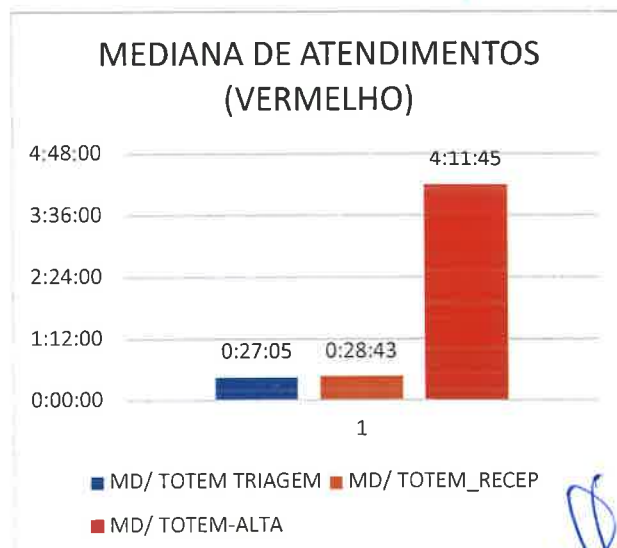
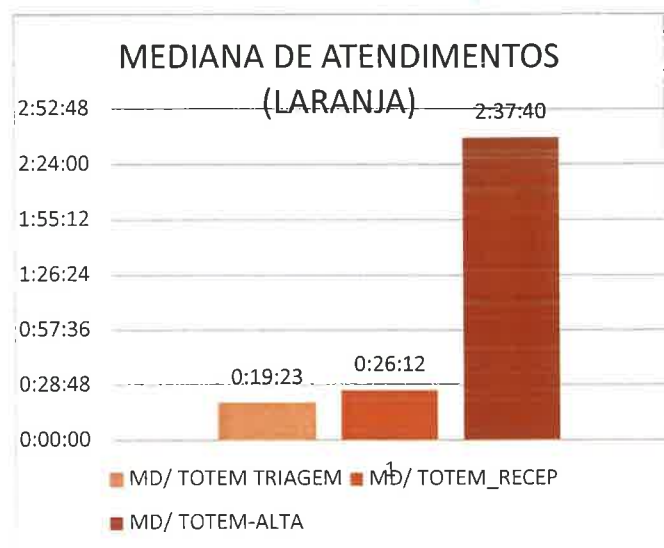
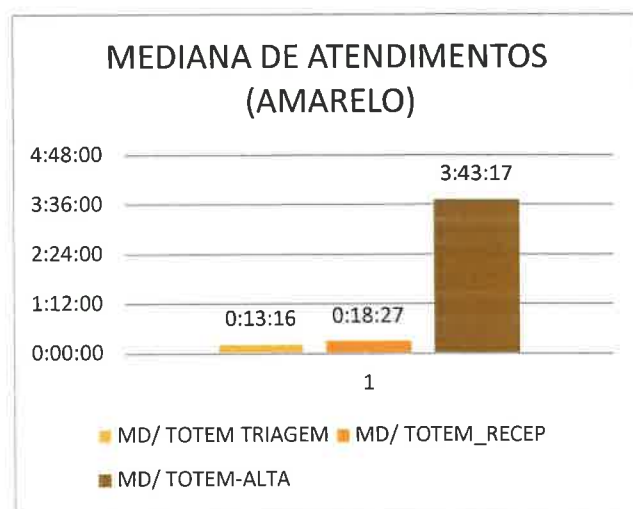
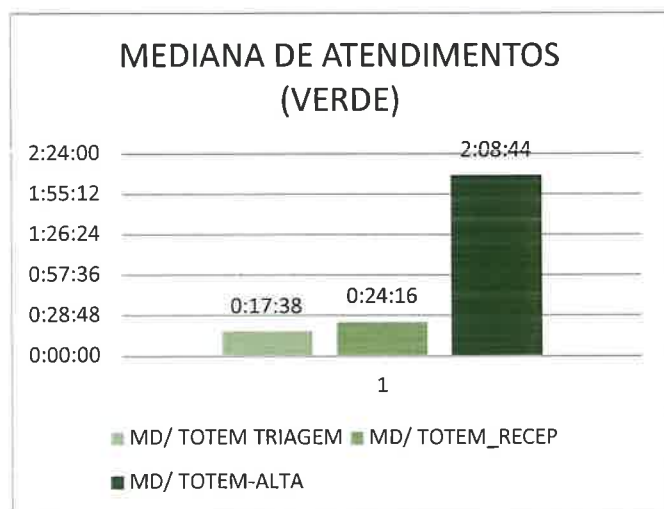
RELATÓRIO MENSAL

INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



MD/ TOTEM TRIAGEM	MD/ TOTEM_RECEP	MD/ TOTEM-ALTA
0:13:16	0:18:27	3:43:17
MD/ TOTEM TRIAGEM	MD/ TOTEM_RECEP	MD/ TOTEM-ALTA
0:13:44	0:19:10	4:59:59
MD/ TOTEM TRIAGEM	MD/ TOTEM_RECEP	MD/ TOTEM-ALTA
0:19:23	0:26:12	2:37:40
MD/ TOTEM TRIAGEM	MD/ TOTEM_RECEP	MD/ TOTEM-ALTA
0:17:38	0:24:16	2:08:44
MD/ TOTEM TRIAGEM	MD/ TOTEM_RECEP	MD/ TOTEM-ALTA
0:27:05	0:28:43	4:11:45

1. Tempo de Mediana por Classificação

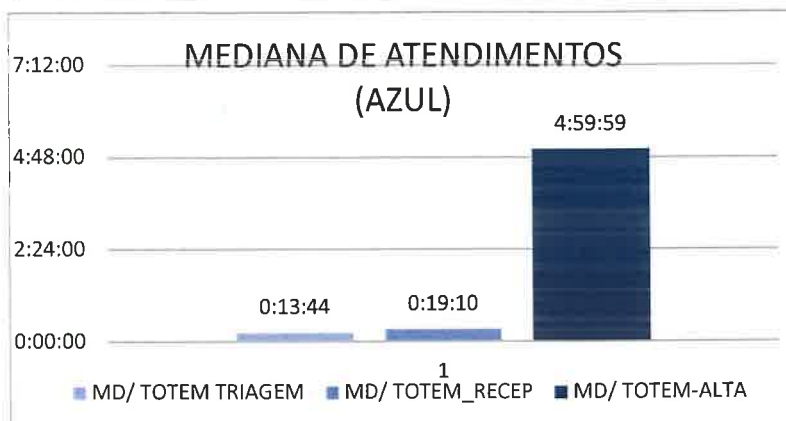


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



2. 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)	43	1 min e 29seg	Atendimento imediato (0 min)	Atendimento imediato na chegada, porém com permanência extremamente prolongada, indicando alta complexidade clínica e necessidade de internação/observação prolongada	0,92%
Laranja (Muito Urgente)	60	08 min 47seg	Até 10 minutos	Tempo de triagem dentro do fluxo inicial, porém com permanência assistencial elevada até desfecho clínico	1,79%
Amarelo (Urgente)	919	14 min 35seg	Até 60 minutos	Dentro do tempo preconizado pelo protocolo	23,07%
Verde (Pouco Urgente)	3.505	23 min 52 seg	Até 120 minutos	Dentro do esperado, maior concentração de demanda assistencial	74,09%
Azul (Não Urgente)	9	27 min 35 seg	Até 240 minutos	Dentro do protocolo estabelecido, com baixa representatividade no volume total de atendimentos	0,13%

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



3. Análise Gerencial – Fluxo Assistencial (Protocolo de Manchester)

Os indicadores do fluxo assistencial demonstram desempenho satisfatório nas etapas iniciais do atendimento. A mediana do tempo entre o **registro no Totem e a realização da Triagem** variou de **13 minutos e 16 segundos a 27 minutos e 5 segundos**, enquanto o tempo entre o **Totem e a Recepção** oscilou entre **18 minutos e 27 segundos e 28 minutos e 43 segundos**, evidenciando estabilidade no processo de acolhimento e classificação de risco.

Em relação ao tempo entre o **registro no Totem e a Alta**, as medianas variaram de **2 horas, 8 minutos e 44 segundos a 4 horas, 59 minutos e 59 segundos**, refletindo o período necessário para avaliação clínica, realização de exames, definição diagnóstica, tratamento e desfecho assistencial.

De forma geral, os indicadores demonstram um fluxo assistencial organizado, com tempos iniciais compatíveis com a demanda da unidade e oportunidade de aperfeiçoamento contínuo para reduzir o tempo até a triagem e otimizar o tempo total de permanência dos pacientes. O monitoramento sistemático desses indicadores subsidia ações de gestão voltadas ao aumento da eficiência operacional, à melhoria da qualidade da assistência e à utilização adequada da capacidade instalada da unidade.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



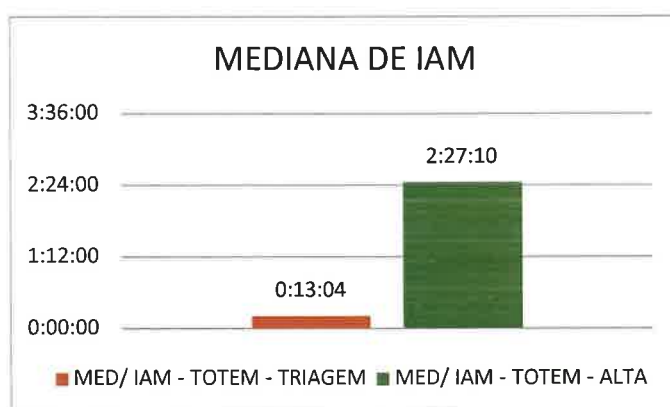
RELATÓRIO MENSAL

INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



4. 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.



INDICADOR	RESULTADO
Nº de Protocolo IAM Aberto	47
Tempo Médio Porta - ECG	18 min e 42s
Percentual de ECG Realizado até 10 Minutos	38,89%
Quantidade de ECG	214
Percentual dentro do protocolo	38,89%
Percentual fora do protocolo	61,11%

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

No período analisado, foram realizados **214 eletrocardiogramas (ECG)** para pacientes com queixa compatível com dor torácica e suspeita de síndrome coronariana aguda (CIDs R07.4, R07.2 e I20.9), sendo abertos **47 protocolos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)**.

O **tempo médio Porta–ECG** foi de **18 minutos e 42 segundos**, acima do tempo recomendado pelas diretrizes assistenciais, que preconizam a realização do ECG em até 10 minutos para pacientes com suspeita de IAM.

UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL INDICADORES ASSISTENCIAIS

000130



Do total de exames realizados, **38,89%** foram executados dentro do tempo recomendado pelo protocolo institucional, enquanto **61,11%** ocorreram fora do tempo preconizado, evidenciando oportunidades de melhoria na identificação precoce e na priorização desses pacientes.

Observa-se que, embora tenham sido realizados **214 ECGs**, apenas **47 pacientes** necessitaram da abertura do Protocolo IAM demonstrando que o eletrocardiograma é uma ferramenta de triagem utilizada para investigação diagnóstica em um número maior de pacientes com dor torácica, sendo o protocolo específico instituído apenas nos casos com critérios clínicos e eletrocardiográficos compatíveis.

Conforme demonstrado no gráfico de mediana, o tempo entre **triagem e abertura do protocolo IAM** foi de **13 minutos e 4 segundos**, enquanto o tempo entre **triagem e alta** apresentou mediana de **2 horas, 27 minutos e 10 segundos**, refletindo o tempo necessário para investigação diagnóstica, definição da conduta e estabilização clínica dos pacientes.

Os resultados reforçam a necessidade de manter o monitoramento contínuo do indicador Porta-ECG e de aperfeiçoar os fluxos assistenciais, visando aumentar o percentual de exames realizados em até 10 minutos e garantir maior agilidade no atendimento às condições cardiovasculares tempo-dependentes.

CID	TOTEM	TRIAGEM	ALTA_MEDICA	TOTEM-TRIAGEM	TOTEM-ALTA
R074	01/07/2026 09:55	01/07/2026 10:43	01/07/2026 13:46	0:47:52	3:02:22
R074	03/07/2026 15:08	03/07/2026 15:29	03/07/2026 16:50	0:20:51	1:20:46
R074	03/07/2026 18:33	03/07/2026 18:41	24/07/2026 09:38	0:08:30	494:56:56
R074	06/07/2026 07:29	06/07/2026 08:18	06/07/2026 10:07	0:48:40	1:48:53
R074	06/07/2026 13:07	06/07/2026 13:14	06/07/2026 15:57	0:06:57	2:42:14
R074	09/07/2026 09:39	09/07/2026 09:54	24/07/2026 15:53	0:14:36	365:58:41
R074	09/07/2026 21:31	09/07/2026 21:39	24/07/2026 15:57	0:07:35	354:18:02
R074	10/07/2026 16:05	10/07/2026 16:31	10/07/2026 23:24	0:26:27	6:52:08
R074	13/07/2026 08:55	13/07/2026 09:06	13/07/2026 11:03	0:11:12	1:56:11
R074	14/07/2026 06:15	14/07/2026 06:28	03/08/2026 09:04	0:13:21	482:35:46

UPA SOFATE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

INDICADORES ASSISTÊNCIAIS

000131



R074	14/07/2026 11:36	14/07/2026 11:40	14/07/2026 18:54	0:04:44	7:13:08
R074	14/07/2026 12:30	14/07/2026 12:57	14/07/2026 15:25	0:26:50	2:27:23
R074	16/07/2026 13:44	16/07/2026 14:05	16/07/2026 15:19	0:20:50	1:13:32
R074	17/07/2026 07:49	17/07/2026 08:22	17/07/2026 09:49	0:32:15	1:26:53
R074	17/07/2026 10:47	17/07/2026 10:50	30/07/2026 16:21	0:03:57	317:30:55
R074	17/07/2026 12:46	17/07/2026 13:11	17/07/2026 19:11	0:25:29	5:59:14
R074	19/07/2026 14:34	19/07/2026 14:47	19/07/2026 21:06	0:12:47	6:18:36
R074	20/07/2026 09:15	20/07/2026 09:36	20/07/2026 11:17	0:20:54	1:40:32
R074	20/07/2026 13:35	20/07/2026 14:31	20/07/2026 16:24	0:55:36	1:52:51
R074	20/07/2026 14:03	20/07/2026 14:52	20/07/2026 17:19	0:48:21	2:26:58
R074	20/07/2026 17:45	20/07/2026 18:04	20/07/2026 19:49	0:18:18	1:44:46
R074	20/07/2026 20:42	20/07/2026 20:52	20/07/2026 22:32	0:09:44	1:39:59
R074	21/07/2026 01:28	21/07/2026 01:32	21/07/2026 20:49	0:04:01	19:16:01
R074	21/07/2026 06:42	21/07/2026 06:44	03/08/2026 16:11	0:01:16	321:27:08
R074	21/07/2026 09:45	21/07/2026 10:04	21/07/2026 11:20	0:18:43	1:15:26
R074	21/07/2026 13:39	21/07/2026 13:57	21/07/2026 15:18	0:18:46	1:20:10
R074	21/07/2026 14:54	21/07/2026 15:18	21/07/2026 22:18	0:23:23	6:59:45
R074	21/07/2026 14:55	21/07/2026 15:00	22/07/2026 00:01	0:05:16	9:00:38
R074	21/07/2026 18:54	21/07/2026 18:56	21/07/2026 19:29	0:02:00	0:32:56
R074	22/07/2026 08:37	22/07/2026 08:45	22/07/2026 10:06	0:07:27	1:20:56
R074	23/07/2026 16:32	23/07/2026 17:13	03/08/2026 17:21	0:41:24	264:08:13
R074	23/07/2026 19:28	23/07/2026 19:45	23/07/2026 22:37	0:16:39	2:51:26

UPA SETAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



R074	24/07/2026 01:34	24/07/2026 01:41	24/07/2026 02:15	0:06:48	0:33:45
R074	24/07/2026 07:42	24/07/2026 07:56	24/07/2026 15:59	0:13:33	8:02:53
R074	24/07/2026 08:22	24/07/2026 08:34	24/07/2026 21:31	0:11:50	12:56:16
R074	24/07/2026 12:57	24/07/2026 13:15	24/07/2026 19:11	0:17:31	5:55:40
R074	24/07/2026 17:55	24/07/2026 18:24	24/07/2026 20:51	0:29:05	2:26:51
R074	24/07/2026 19:27	24/07/2026 19:47	25/07/2026 01:57	0:20:27	6:09:11
R074	24/07/2026 22:03	24/07/2026 22:06	25/07/2026 01:59	0:03:30	3:52:24
R074	25/07/2026 00:18	25/07/2026 00:51	25/07/2026 02:30	0:33:04	1:38:23
R074	25/07/2026 18:45	25/07/2026 18:46	25/07/2026 22:29	0:01:31	3:42:13
R074	26/07/2026 04:26	26/07/2026 04:31	26/07/2026 06:05	0:05:19	1:33:18
R074	26/07/2026 17:58	26/07/2026 18:04	03/08/2026 10:52	0:05:51	184:48:48
R074	26/07/2026 20:17	26/07/2026 20:21	27/07/2026 04:29	0:03:53	8:07:45
R074	28/07/2026 10:13	28/07/2026 10:49	28/07/2026 13:59	0:36:25	3:09:17
R074	29/07/2026 13:44	29/07/2026 14:08	29/07/2026 16:12	0:24:06	2:03:19
R074	30/07/2026 09:50	30/07/2026 10:05	30/07/2026 12:22	0:14:37	2:16:44

MED/ IAM - TOTEM - TRIAGEM

0:13:04

MED/ IAM - TOTEM - ALTA

2:27:10

UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



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

O monitoramento contínuo dos casos suspeitos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e dos indicadores de tempo assistencial demonstra o compromisso da unidade com a adoção de protocolos clínicos voltados à identificação precoce e ao atendimento oportuno dos pacientes com doenças tempo-dependentes.

No período analisado, foram registrados **06 casos de AVC não especificado ou isquêmico (CID I64)**, cujos atendimentos foram acompanhados por meio dos indicadores extraídos do sistema MV. A **mediana do tempo entre o registro no totem e a realização da triagem foi de 7 minutos e 15 segundos**, evidenciando desempenho satisfatório na etapa inicial do atendimento e agilidade na classificação de risco dos pacientes com suspeita de AVC.

Em relação ao tempo entre o **registro no totem e a alta**, a mediana foi de **306 horas, 56 minutos e 4 segundos** (aproximadamente **12 dias e 19 horas**). Esse resultado reflete a permanência prolongada dos pacientes no processo assistencial, possivelmente relacionada à gravidade clínica, à necessidade de investigação diagnóstica, monitorização contínua, tratamento especializado e definição da conduta terapêutica, incluindo eventuais transferências para serviços de maior complexidade.

Os resultados reforçam a importância do monitoramento contínuo dos indicadores do Protocolo AVC, permitindo identificar oportunidades de aprimoramento do fluxo assistencial, especialmente quanto à redução do tempo até a triagem, à qualificação da assistência e à otimização dos processos relacionados à permanência e à gestão dos pacientes com suspeita de AVC.

CID	TOTEM	TRIAGEM	ALTA_MEDICA	TOTEM-TRIAGEM	TOTEM-ALTA
I64	01/07/2026 09:14	01/07/2026 09:25	23/07/2026 16:24	0:10:23	534:59:04
I64	15/07/2026 11:35	15/07/2026 11:39	31/07/2026 15:36	0:04:07	387:57:02
I64	16/07/2026 12:32	16/07/2026 12:33	03/08/2026 09:37	0:01:09	429:04:06
I64	20/07/2026 13:10	20/07/2026 14:05	30/07/2026 00:00	0:54:48	225:55:06
I64	21/07/2026 08:45	21/07/2026 08:46	21/07/2026 23:45	0:00:44	14:58:33
I64	24/07/2026 14:00	24/07/2026 14:28	25/07/2026 01:49	0:27:45	11:20:22

UPA SOCATE
Inalva Santos
Diretora Geral



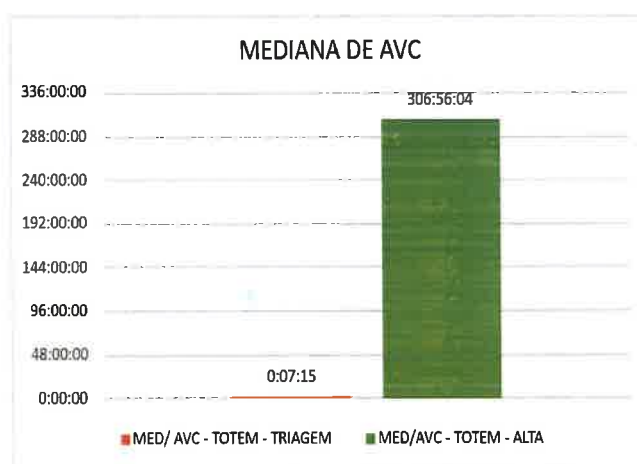
RELATÓRIO MENSAL INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



MED/ AVC - TOTEM - TRIAGEM	MED/AVC - TOTEM - ALTA
0:07:15	306:56:04

7. Análise do Indicador – Protocolo AVC

Os indicadores do Protocolo AVC demonstram que a mediana entre o registro no totem e a realização da triagem foi de **7 minutos e 15 segundos**, evidenciando desempenho satisfatório no atendimento inicial e conformidade com a necessidade de rápida classificação de pacientes com suspeita de AVC. Em contrapartida, a mediana entre o registro no totem e a alta foi de **306 horas, 56 minutos e 4 segundos** (aproximadamente **12 dias e 19 horas**), indicando permanência hospitalar prolongada. Esse resultado pode estar relacionado à gravidade clínica dos pacientes, à necessidade de investigação diagnóstica complementar, monitorização contínua, tratamento especializado e definição da conduta terapêutica. Recomenda-se a avaliação dos fatores que impactaram esse tempo de permanência, mantendo o monitoramento contínuo dos indicadores para identificar oportunidades de otimização do fluxo assistencial e da gestão dos leitos.



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



8. Tabela de Avaliação do Fluxo Assistencial

Etapa do Fluxo	Indicador	Avaliação Gerencial
Início dos sintomas → Procura por atendimento	Atraso provável	Possível reconhecimento tardio dos sinais e sintomas de AVC, podendo impactar o início oportuno do tratamento.
Transporte pré-hospitalar	Possível demora	Pode ter contribuído para o aumento do tempo até a chegada à unidade, dependendo da origem e das condições clínicas do paciente.
Totem → Triage	00:07:15	Tempo compatível com a rápida classificação de risco, demonstrando agilidade no atendimento inicial dos pacientes com suspeita de AVC.
Elegibilidade para trombólise	Não elegível	Pacientes sem critérios clínicos e/ou temporais para terapia de reperfusão.
Regulação/Transferência	Sem impacto direto	Não houve impacto na definição da conduta terapêutica inicial; entretanto, a necessidade de internação e continuidade do cuidado pode influenciar o tempo total de permanência.
Totem → Alta	306:56:04	Permanência prolongada, compatível com casos que demandaram investigação diagnóstica, monitorização contínua, tratamento especializado e definição da conduta terapêutica, indicando necessidade de monitoramento dos fatores que influenciam o tempo de permanência e a gestão dos leitos.


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



9. Análise Geral:

Os indicadores do Protocolo AVC demonstram que a mediana entre o registro no totem e a realização da triagem foi de **7 minutos e 15 segundos**, evidenciando agilidade no atendimento inicial e adequada priorização dos pacientes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral. Esse resultado está alinhado às boas práticas assistenciais, favorecendo a rápida avaliação clínica e a tomada de decisão em uma condição tempo-dependente.

Em relação ao tempo entre o **registro no totem e a alta**, a mediana foi de **306 horas, 56 minutos e 4 segundos** (aproximadamente **12 dias e 19 horas**), indicando permanência prolongada no processo assistencial. Esse tempo pode estar relacionado à gravidade dos casos, à necessidade de investigação diagnóstica, monitorização contínua, tratamento especializado e continuidade do cuidado em outros níveis de atenção.

Os resultados reforçam a importância do monitoramento contínuo dos indicadores do Protocolo AVC, com foco na manutenção da agilidade do atendimento inicial e na análise dos fatores que influenciam o tempo de permanência dos pacientes, contribuindo para o aprimoramento do fluxo assistencial, da gestão de leitos e da qualidade da assistência prestada.

10. 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	2	2 min e 30s	0,52%
5 a 10 minutos	20	7,5 minutos	5,17%
10 a 15 minutos	44	12,5 minutos	11,37%
15 a 20 minutos	38	17,5 minutos	9,82%
20 a 30 minutos	99	25 minutos	25,58%
> 30 minutos	184	40 minutos	47,55%
TOTAL	387	34 minutos	100%

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL INDICADORES ASSISTÊNCIAIS



A análise dos **387 atendimentos** classificados como prioridade verde demonstrou que a maior concentração de pacientes ocorreu na faixa de **acima de 30 minutos**, correspondendo a **184 atendimentos (47,55%)**. As demais faixas distribuíram-se da seguinte forma: **20 a 30 minutos**, com **99 pacientes (25,58%)**; **10 a 15 minutos**, com **44 pacientes (11,37%)**; **15 a 20 minutos**, com **38 pacientes (9,82%)**; **5 a 10 minutos**, com **20 pacientes (5,17%)**; e **0 a 5 minutos**, com **2 pacientes (0,52%)**. O tempo médio estimado de atendimento foi de **34 minutos**, evidenciando que quase metade dos pacientes aguardou mais de 30 minutos para atendimento. Esses resultados reforçam a necessidade de aprimoramento contínuo do fluxo Fast Track, visando reduzir o tempo de espera e aumentar a eficiência no atendimento aos pacientes de baixa complexidade.

11. Referência Bibliográfica

- 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, 06 de agosto de 2026



Danicily Carneiro
Danicily Carneiro
Educação Permanente
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE



Gisele Tenório
Enfermeira Diarista
COREN/PE 99728
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalva Santos
Diretora Geral

ANEXO VI


UPA SORAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

NOME		CONSELHO		ENFERMEIROS												JULHO												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	LUCIANA CRISTINA CARDOSO DOS ANJOS	385887	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
2	GISELE DE OLIVEIRA BARBOSA TENORIO	95728	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	693017	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F					MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	200horas
4	ALESSANDRA OLIVEIRA SANTIAGO	315831	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	200horas	
5	CLAUDIA REJANE OLIVEIRA S LIMA (CLASSIF)	417193	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N												N 200horas	
6	EDINALDO JUNIOR	340660	D	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D											D 200horas	
7	MAYARA LUIZE G. DE S PEREIRA(CLASSIF)	630438	D	D	D	D/CN	D/CN					D		D		D		D		D		D											D 200horas	
8	MARCELO ALVES DA SILVA	607259	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D												D 200horas	
9	FERNANDO LEO PONTES (CLASSIF)	567292	D		D	CN		D		D		CN		D		D		D		D		D											D 200horas	
10	GUNTHERBERG DE SANTANA LEITE	500691	D		D	CD		D		D				D		D		D/CN		D		D											D 200horas	
11	THAIS CAROLINE NUNES DA SILVA (CLASSIF)	546768	N		N		CN/N		CN		N		N		N		N		N		N												N 200horas	
12	JONAS AMORIM DA SILVA	783336	N		N		N		N		N		N		N		N		N		CD/N		CD/N										N 200horas	
13	MARIA JOSE DO NASCIMENTO BATISTA	554608	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L 200horas	
14	MARCIA TEIXEIRA GOMES	346525	L		N		N		N		N		N		N		N		N		L		L		N		N		N				N 200horas	
15	CLAUDETE CRUZ DUARTE ALENCAR	340660	CD	N	CN		N		N		N		N		N		CN		N		CN												N 200horas	
16	MARIA LUIZA CHAVES DA S MIRANDA (CLASSIF)	932148				N		N		N				N		CN		N		N													N 200horas	
17	LUARA VITORIA CANDIDO	785517	D	D		N		D/CN		D				D/CN				D/CN																D 200horas
18	JULIANA FERRER LEAL LUNA	985 937	CN	D	D	D				CD		D		D		D		D																D 200horas
19	WILLYANE XIMENES (CLASSIF)	728834	D	D	D	D		D				D		D		D		CD		D													D 200horas	

Legenda	
MT (07:00 AS 13:00)	M = Manhã e Tarde
N (13:00 AS 07:00)	N = Manhã
F = Férias	F = Férias
AD (08:00 AS 17:00)	AD = Administrativo
M (07:00 AS 13:00)	M = Manhã
T (13:00 AS 19:00)	T = Tarde
D (7:00 AS 19:00)	D = Dia
C = Complementar	C = Complementar
CN = Complementar Noite	CN = Complementar Noite
L = Licença	L = Licença
C=Complementar	C=Complementar
CN (19:00 AS 07:00)	CN (19:00 AS 07:00)
CD (7:00 AS 19:00)	CD (7:00 AS 19:00)

CD = Complementar Dia

AD = Administrativo
M = Manhã
T = Tarde
D = Dia
C = Complementar
CN = Complementar Noite

Coord./Resp. setores trabalho

Direção Geral

Luciana Cardoso
Coord. Enfermagem
385887
COREN/PE
UPA SOTAVE

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000139

	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	CHM
Q	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	S	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																																
31																																

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

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

D (7:00 AS 19:00)	N (18:00 AS 19:00)	LI - LICENÇA
AT - ATESTADO	F - FALTA - F - FÉRIAS	PER - FÉRIAS

* - AVISO PRÉVIO

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000140

JABOATÃO		UPA SOTAVE																																		
		MAQUEIRO																		Jul/26																
NOME		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	CHM			
1	ALMIR VALÊNCIA DOS SANTOS	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	S	CHM			
2	SEVERINO RIBEIRO JUNIOR		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		220			
3	JOSÉ PEDRO GOMES SILVA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220			
4	FRANCISCO DE ASSIS CAVALCANTE SALES	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	N	220		
5	JOSUÉ GALDINO DE ARAUJO		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N			

Legenda		F = Férias		L = Licença	
N (19:00 AS 07:00)		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
 E = Extra


 Rafaelly Melo
 Direção Assistencial


 Inalda Santos
 Direção Geral


 Inalda Santos
 Diretora Geral
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE

000141


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral

S3
Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE



UPA SOTAVE

...and a ...

jul/26

[illegible]

Rafaelly Melo

Direção Assistencial

Inalda Santos

Direção Geral

MT = Manhã e Tarde

M = Manhã

T = Tarde

N = Noite

AD = Administrativo

D = Dia

ATM=Atestado Médico

WFH= Work from home (Home office)

S3
Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

000143

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



UPA SOTAVE

JABOATÃO		SUS		Gestão em Saúde		FARMÁCIA		jul/26	
NOME		CONSELHO							
1	IVANA ALBUQUERQUE DA SILVA BARBOSA	3224							
2	CAMILA RODRIGUES PINTO	8439							
3	THALLYS ARTHUR D'ARC S. DA SILVA	15218							
4	ALYSON GERMANO DOS SANTOS	7414							
5	RAFAEL FERREIRA DOS SANTOS	13955							
6	EMERSON MARQUES C. DOS SANTOS	9628							
7	PAMELA KARINNE F. SILVA	5416							
8	JAQUELINE SANTOS FARIAS DA SILVA	9650							
9	WESLEY LEANDRO BANDEIRA DE MOURA								
10	GUSTAVO HENRIQUE MARQUES CAMPELO								
11	EZEQUIEL CORREIA DE ARAUJO JUNIOR								
12	ELVIS DOS SANTOS SILVA								
F = Férias		L = Licença							
M (07:00 às 13:00)		T (13:00 às 19:00)							
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

Ivana Barbosa
Coord. de Farmácia
CRF/PR 3224

UPA SOTAVE
Coord./Resp. setor de trabalho

Direção Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
LUPA SOTAVE

000144

UPA SOTAVI
Inalda Santos
Diretora Geral

JABOATÃO			SUS		UPA SOTAVE																														
			RAIO - X																		jul/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	31	CHM
				Q	Q	S	S	D	S	T	Q	S	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	
1	GIBSON DE SOUZA LOBO		07066 T					F							F							F							F						120
2	FABIANO SILVESTRE DE LIMA		01274 T						P							P							P							P					120
3	SCHERLEY ALENCAR VIEIRA DA SILVA		03488 T							P			P				P							P											120
4	FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA SANTO		00563 T	P							P							P						P							P				120
5	JOSÉ RENATO DE A.CARRERA		00715 T									P						P								P						P			120
6	ALEXSANDRO SANTOS DA ROCHA		00415 T			P							P						P								P						P		120
7	ANDERSON FREITAS		03626 T				P							P						P								P							120
8	RICHARD NIXON DA SILVA NETO		00742 T					P							P						P								P						120

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)
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



000145



LUPA SOTAVE

[illegible]

Legenda

MT (07:00 ÀS 17:00)

N (19:00 AS 07:00)

L = Licença

T (13:00 às 17:00)

D (7:00 AM 19:00)

MT = Manhã e Tarde

M = Manhã

T = Tarde

N = Noite

AD = Administrativo

D = Dia

Maivanna Moniz
Coord./Resp. setor de trabalho

Coord./Resp. setor de trabalho

Direção Geral

S3 **Marianna Menezes**
Supervisora Administrativa
S3 Gestão em Saúde
IIPA SOTAVE

Inalda Santos
Diretora Geral!
S3 Gestão em Saúde
LUPA SOTAVE

UPA SOCANE
Inalda Santos
Diretora Geral

000147

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

						UPA SOTAVE																											
						ADMINISTRATIVO																											
						Jul/26																											
CONSELHO																																	
NOME	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	CHM	
Q	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	S		
DIREÇÃO																																	
INALDA DE MELO SANTOS	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	220
DIREÇÃO ASSISTENCIAL																																	
RAFAELLY MONIQUE MARQUES MELO	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	220
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO																																	
PAULO HENRIQUE CARVALHO DA SILVA	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	220
ANALISTA DE SUPRIMENTOS																																	
MARIANNA CRISTINA DE BARROS PINTO	MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	220
TÉCNICO DE T.I.																																	
CLELIO TOMAZ 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	220	
SÉRGIO ROBERTO DE SOUSA CAVALCANTI	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		
ANALISTA FINANCEIRO																																	
LAURA PACHECO DE OLIVEIRA	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	220
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO																																	

JABOATÃO		SUS		UPA SOTAVE																												
				Recepção																												
				jul/26																												

Legenda	
MT (07:00 AS 17:00)	L = Licença
N (19:00 AS 07:00)	T (13:00 AS 17:00)
	D (7:00 AS 19:00)

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


 Marianna Menezes
 Coord./Resp. setor de trabalho
 S3 Supervisora Administrativa
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE


 Inalda Santos
 S3 Diretora Geral
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE

Direção Geral

000149


 UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



10

jul/26

jul/26

NOME																															
1 ALLISSON JOSÉ GONÇALVES DE MOURA																															
2 JOSÉ JONALVE MONTEIRO ALVE (Troca de plantão)																															
3 ROBSON FERREIRA DA SILVA																															
4 JOSÉ LEANDRO GOMES DA SILVA (Troca de Plantão)																															
5 JOSÉ ELENILSON DA SILVA																															
6 ADRIANO VALÊNCIO																															
7 GLEBSON JONATAS DA SILVA																															
8 DAVI MENDES RIBEIRO																															
9 JEFFERSON ROBERTO PEREIRA DA SILVA																															
10 FRANCISCO VALBERIS DA SILVA																															

	Legenda	L = Licença
	MT (07:00 ÀS 17:00)	T (13:00 ÀS 17:00)
	N (19:00 ÀS 07:00)	D (7:00 ÀS 19:00)

D = Dia

Direção Geral



Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
LIPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



UPA SOTAVE 2026

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)

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

Inalda Santos
Direção Geral

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

000151

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

 FARMACIA S3									UPA SOTAVE																																
									CONDUZITORES																								jul/26							CHM	
NOME			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								
			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	S								
1 PAULO MARCONDES ARCOVERDE FERREIRA				D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220						
2 JOSÉ SÉRGIO DA SILVA				N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220						
3 MANOEL ALVES DOS SANTOS			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220							
4 CARLOS JOSÉ MOURA DA SILVA			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220							
																																		220							

Legenda			L = Licença	
MT (07:00 ÀS 17:00)	F = Férias		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


 Inalda Santos
 Diretora Geral
 S3 Gestão em Saúde
 UPA SOTAVE

000152

UPA SOTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral