



70 anos
de assistência

GESTÃO EM SAÚDE

UPA SOTAVE

RELATÓRIO GERENCIAL

SETEMBRO/2025

CONTRATO Nº001/2022


UPA SOTAVE
Instituto de Saúde
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

030991

SUMÁRIO

1. Introdução	03
2. Objetivo.....	04
3. Resumo Mensal.....	05
4. Atividade Assistencial Mensal.....	07
4.1 Planilha Resumida de Atendimentos, Classificação, Óbitos e Remoções diárias.	08
4.2 Planilha Resumida de Atendimentos Por Procedimentos Diários	10
4.3 Planilha Resumida e gráfico das Remoções de Pacientes Diário	12
4.4 Planilha de Atendimento Por Tipo De Resultado	15
4.5 Relatório de Atendimentos Por Cid	16
4.6 Gráfico de Atendimento Por Hora	17
4.7 Planilha e Gráfico de Atendimento Por Faixa Etária	17
4.8 Planilha Resumida De Óbitos Diário	19
4.9 Relatório de Atenção ao Usuário	19
4.10 Relatório de resolução das queixas (ouvidoria).....	22
5. Qualidade da Informação	22
6. Relatório de Atendimento de Referência e Contra Referência	27
7. Campo de Ensino e Pesquisa	31
8. Faturamento	31
9. Informações Complementares.....	34
10. Considerações Finais	36
11. Anexos	38

UPA S3 SAÚDE
Inalva Santos
Diretora Geral

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 quadragésimo quinto Relatório Gerencial do contrato de gestão Nº 001/2022 onde será possível apresentar o desempenho da equipe no período de 01 a 30 de SETEMBRO de 2025, 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.



GESTÃO EM SAÚDE

0.00003

2 OBJETIVO

O presente Relatório de Prestação de Contas tem como objetivo apresentar as atividades administrativas e operacionais executadas pela gestão no período de 01 a 30 de SETEMBRO de 2025, 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 S3 SAÚDE
Inalva Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



contato@s3saude.com.br

(71) 4105 1335



GESTÃO EM SAÚDE

0.000%

3

RESUMO MENSAL

No presente mês, a Unidade de Pronto Atendimento realizou 4.731 atendimentos de urgência e emergência, sendo 3.859 de Clínica Geral, 637 Pediatria, 233 de odontologia e 2 do serviço Social. 4.738 foram triados pela classificação de risco, sendo 20 classificados como vermelho, 29 como laranja, 973 amarelos, 3.709 verdes, além de 7 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 78,28%, enquanto as urgências (amarelo) ocuparam um percentual de 20,54% e os casos de muito urgente (laranja) 0,61%, emergência (vermelho) 0,42% e os casos não urgentes (azul) totalizaram 0,15%, destes 1.532 permaneceram em observação na unidade, onde 1.404 tiveram alta após medicação, 123 deles foram transferidos para outra unidade de tratamento e 5 evoluíram para óbito.

Em relação aos procedimentos realizados, 2.812 foram de exames laboratoriais, análise clínica, 20,84% do total de procedimentos, 633 de Raio X ou 4,69%, 161 de ECG – Eletrocardiograma ou 1,19%, 347 da odontologia ou 2,57%, além da medicação no total de 9.436 doses administradas, representando 69,93% do total geral de 13.493 procedimentos efetuados na unidade no mês de SETEMBRO.

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 três médicos emergencistas, dois no atendimento clínicos e um na pediatria que se distribuem para os atendimentos gerais e reavaliação nas áreas amarela e vermelha, além de atendimentos de urgência com odontólogo, diariamente de segunda a sexta das 07h às 19h.

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


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



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, doutrinação 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.



GESTÃO EM SAÚDE

0.100006

4 ATIVIDADE ASSISTENCIAL

A seguir apresentamos planilhas de acompanhamento das atividades assistenciais desenvolvidas na UPA Sotave, em SETEMBRO/2025. Sendo as mesmas por ordem:

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


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

030307

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 81,57% do total de atendimentos da unidade, seguido pela pediatria com 13,46%, odontologia com a média de 4,92% de atendimentos e Serviço Social com menos de 0,04% 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 4.738 atendimentos no Acolhimento com Classificação de Risco, foram classificados um total de 7 pacientes como azul, 3.709 como verdes, 973 como amarelos, 29 como laranja e 20 pacientes como vermelho.

Vale ressaltar que dos 4.738 acolhimentos e classificação realizados no mês de SETEMBRO foram efetivados 4.731 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 30307
Inalda Santos
Diretora Geral



0.9.0003

GESTÃO EM SAÚDE

4.2 PLANILHA RESUMIDA DE ATENDIMENTOS POR PROCEDIMENTOS DIÁRIOS

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


UPA S3 SAÚDE
Inalda Santos
Diretora Geral

55 81 3479 5611 | 3479 5372
Rua Maracanã, 31 Prazeres
Laboratório dos Guararapes - PE | CEP: 54340-100
diretor@u3saude.com.br | www.u3saude.org.br



GESTÃO EM SAÚDE

Resumo de Atendimento por Especialidade

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE

Mês/Ano: setembro/2025

DIA/SEMANA	PROCEDIMENTOS												PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICO																				
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Total	Méd/dia	%							
01	531	421	380	399	408	373	489	653	453	468	465	446	432	293	616	505	457	353	388	418	323	647	544	493	446	446	353	330	500	463	13493	450	100
02																																	
03																																	
04																																	
05																																	
06																																	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
21																																	
22																																	
23																																	
24																																	
25																																	
26																																	
27																																	
28																																	
29																																	
30																																	
Total																																	
Méd/dia																																	
%																																	



GESTÃO EM SAÚDE

0700:0

U3 SOTAVE
Unidade de Pronto Atendimento
Diretora Geral



4.3 PLANILHA RESUMIDA E GRÁFICO DAS REMOÇÕES DE PACIENTE DIÁRIO

No mês de SETEMBRO foram realizadas 123 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.



GUATÁ EM SAÚDE

55 81 3479 5611 | 3479 5312
Rua Maracanã, 31 Prazeres
Jaboatão dos Guararapes - PE | CEP: 54.340-100
dirgeral.ue@s3saude.com.br | www.s3saude.org.br

Remoções

Unidade de Pronto Atendimento:

#	ATEND.	DATA	PACIENTE	Mét/Ano:	
				sem/terma/2025	SENA CENTRAL DE LETOS
1	2811995	01/09/2025	L.S.L.G.	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	7489646
2	2809867	01/09/2025	M.J.S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	1929300
3	2811698	01/09/2025	D.L.S.L.	HOSPITAL DO VALE	1934005
4	2812849	01/09/2025	L.B.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7490299
5	2812651	01/09/2025	M.J.B.	HOSPITAL DA RESTAURACÃO	7490130
6	2813596	01/09/2025	M.G.C.	HOSPITAL MARIA VITORIA	1934580
7	2823707	02/09/2025	E.G.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7480729
8	2813513	02/09/2025	W.C.A.	HOSPITAL DA RESTAURACÃO	7490840
9	2813340	02/09/2025	M.C.V.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7490924
10	2815424	02/09/2025	S.A.F.L.	HOSPITAL DA RESTAURACÃO	7491678
11	2816746	03/09/2025	M.P.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7492556
12	2815995	03/09/2025	M.K.S.	HOSPITAL DA RESTAURACÃO	7492530
13	2816243	04/09/2025	M.D.M.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7492614
14	2817948	04/09/2025	A.C.A.	HOSPITAL DA RESTAURACÃO	7493100
15	2817188	04/09/2025	J.R.S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	7493877
16	2817571	04/09/2025	M.R.N.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7493284
17	2818796	05/09/2025	C.L.M.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7493651
18	2820461	06/09/2025	J.P.P.C.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7494663
19	2820236	06/09/2025	M.C.S.	HOSPITAL OSWALDO CRUZ	SEM SENHA
20	2820089	06/09/2025	J.B.O.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7494825
21	2820861	06/09/2025	S.A.N.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	1940330
22	2821536	07/09/2025	C.A.V.S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7495458
23	2820572	07/09/2025	J.L.L.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	7498753
24	2821572	07/09/2025	J.C.S.	HOSPITAL MIGUEL ARRAGES	7494894
25	2821881	07/09/2025	V.S.M.S.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	7495696
26	2821780	07/09/2025	F.A.O.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7495874
27	2822309	08/09/2025	A.B.S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	1941442
28	2822355	08/09/2025	J.A.S.	HOSPITAL DA RESTAURACÃO	7495830
29	2823325	08/09/2025	A.S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7496556
30	2823917	08/09/2025	J.A.S.	HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE	1940574
31	2822668	09/09/2025	M.F.V.C.L.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	1937714
32	2823495	09/09/2025	V.M.S.C.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7496678
33	2822431	09/09/2025	C.C.S.	HOSPITAL DA RESTAURACÃO	7497086
34	2822309	09/09/2025	A.B.S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7497244
35	2824054	09/09/2025	M.E.J.S.	HOSPITAL MIGUEL ARRAGES	7497736
36	2825729	10/09/2025	M.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7498190
37	2827012	10/09/2025	A.R.N.	HOSPITAL DOM HELDER	7499003
38	2827787	11/09/2025	M.S.H.	HOSPITAL CSAM	7499002
39	2823092	11/09/2025	C.E.P.S.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	7499719
40	2823044	11/09/2025	J.C.C.	HOSPITAL DA RESTAURACÃO	7499811
41	2830005	12/09/2025	A.T.S.	HOSPITAL DA RESTAURACÃO	7500005
42	2830974	12/09/2025	M.D.M.	HOSPITAL DOM HELDER	7500269
43	2831382	12/09/2025	S.V.R.	HOSPITAL JABOATÃO PRAZERES	SEM SENHA
44	2831545	13/09/2025	A.M.S.	HOSPITAL HAPVIDA	SEM SENHA
45	2832432	13/09/2025	L.S.S.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7501597
46	2831522	14/09/2025	M.D.C.S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	1945071
47	2832956	14/09/2025	R.I.L.	HOSPITAL PROCACI	7501972
48	2833048	14/09/2025	M.C.N.M.	HOSPITAL DO VALE	1947396
49	2832428	14/09/2025	O.L.L.	HOSPITAL DOM HELDER	7402101
50	2830349	15/09/2025	E.F.F.F.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	1944875
51	2833972	15/09/2025	E.C.S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	750308

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

09/2022

66	2839692	18/09/2025	J. F. R.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7506728
67	2841330	19/09/2025	D. M. N.	HOSPITAL DOM HELDER	7506547
68	2842219	19/09/2025	J. M. S. L.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7507346
69	2841887	19/09/2025	L. P. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7507343
70	2842783	19/09/2025	H. V. C. J.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7507454
71	2842297	20/09/2025	I. M. M.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7507202
72	2841825	20/09/2025	M. J. T.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	1953327
73	2843441	20/09/2025	G. L.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7507832
74	2843850	20/09/2025	L. C. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7508085
75	2844019	20/09/2025	J. S. G.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7508200
76	2842554	20/09/2025	J. C. M. L.	HOSPITAL DOM HELDER	7507206
77	2843563	20/09/2025	A. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7507911
78	2843601	21/09/2025	E. A. A.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7508383
79	2845507	21/09/2025	L. C. C. J.	HOSPITAL DOM HELDER	7509311
80	2844155	21/09/2025	A. R. A.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7508511
81	2843761	21/09/2025	J. D. M.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	19+52896
82	2845357	22/09/2025	M. J. P.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7509450
83	2845390	22/09/2025	J. P. O. S. C.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	1955193
84	2846348	22/09/2025	M. L. A.	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	1955955
85	2846445	23/09/2025	S. J. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7509852
86	2848292	23/09/2025	A. G. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7510762
87	2848717	23/09/2025	M. A. M.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7510950
88	2846519	23/09/2025	C. R. A. C.	HOSPITAL DOM HELDER	7509881
89	2848406	24/09/2025	N. A. G. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7511284
90	2848813	24/09/2025	I. P. M. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7511392
91	2846712	24/09/2025	M. J. A. L.	HOSPITAL DOM HELDER	7510388
92	2855751	24/09/2025	L. S. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	751160
93	2850546	24/09/2025	G. M. R. M.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7512126
94	2851006	25/09/2025	K. J. R. R.	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	7512263
95	2851042	25/09/2025	L. P.	HOSPITAL DO IMP	1959365
96	2849089	25/09/2025	R. G. A.	HOSPITAL DOM HELDER	7511150
97	2852836	25/09/2025	S. M. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7512314
98	2852599	25/09/2025	M. L. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7513056
99	2851151	26/09/2025	C. M. B. S.	HOSPITAL SANTO AMARO	1959959
100	2853069	26/09/2025	J. R. S.	HOSPITAL DO IMP	1957187
101	2852673	26/09/2025	J. L. F.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7513212
102	2852374	26/09/2025	I. V. L. S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7513307
103	2854202	26/09/2025	C. P. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7513812
104	2854406	27/09/2025	A. L. P.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7514023
105	2853068	27/09/2025	E. R. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7514275
106	2854566	27/09/2025	F. A. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7514380
107	2855674	27/09/2025	E. S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	1961398
108	2855674	27/09/2025	C. R.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	1961525
109	2853754	27/09/2025	A. J. T.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	1961505
110	2855420	28/09/2025	N. S. V.	HOSPITAL MIGUEL ARRARES	7514913
111	2854941	28/09/2025	R. M. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7514669
112	2852236	28/09/2025	J. B. A. F.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	1959238
113	2855424	28/09/2025	A. V. O. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7514915
114	2856376	28/09/2025	E. A. S. S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7515432
115	2855803	28/09/2025	I. V. O.	HOSPITAL DO IMP	1962454
116	2856121	29/09/2025	R. J. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7515519
117	2856007	29/09/2025	F. A. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7515519
118	2856684	29/09/2025	C. J. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7515755
119	2857713	29/09/2025	J. A. L.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7516049
120	2857641	30/09/2025	R. R. S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7516871
121	2859678	30/09/2025	K. V. S. O.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	7517104
122	2860403	30/09/2025	V. M. M. S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7517519
123	2859678	30/09/2025	K. V. S. O.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7517355

UPK S3 SAÚDE
Inalda Santos
Diretora Geral



www.s3saude.com.br

4711105-1355 contato@s3saude.com.br



GESTÃO EM SAÚDE

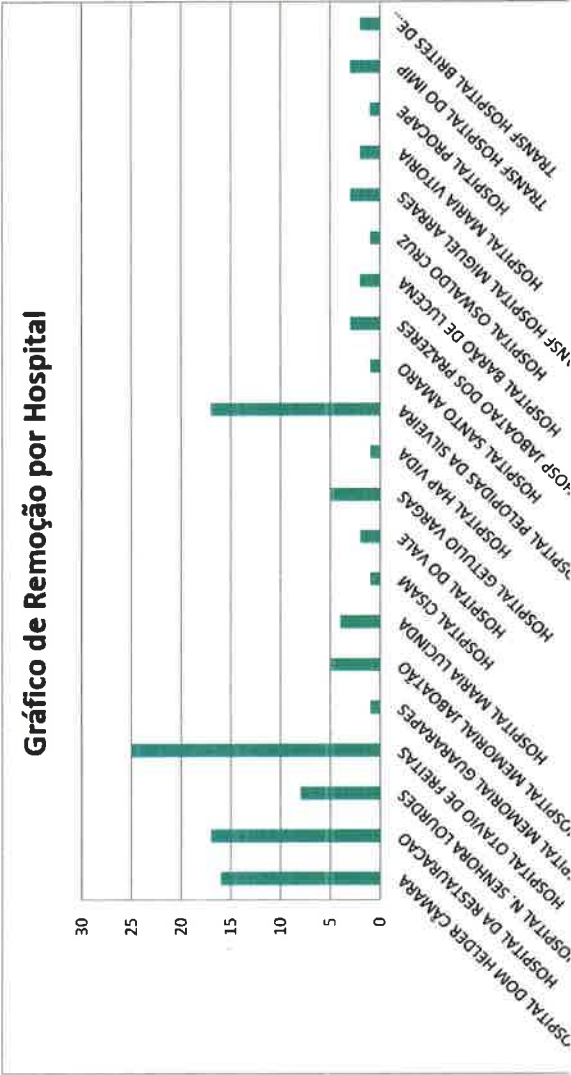
0303



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			UPA SOTAVE
Unidade de Pronto Atendimento:			setembro/2025
Mês/Ano:			
HOSPITAIS	QUANTIDADE	%	
HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA	16	13,01	
HOSPITAL DA RESTAURACAO	17	13,82	
HOSPITAL N. SENHORA LOURDES	8	6,50	
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	25	20,33	
HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	1	33,33	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5	4,07	
HOSPITAL MARIA LUCINDA	4	3,25	
HOSPITAL CISAM	1	0,81	
HOSPITAL DO VALE	2	1,63	
HOSPITAL GETULIO VARGAS	5	4,07	
HOSPITAL HAP VIDA	1	0,81	
HOSPITAL PELOPIDAS DA SILVEIRA	17	13,82	
HOSPITAL SANTO AMARO	1	0,81	
HOSP JABOATAO DOS PRAZERES	3	2,44	
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	2	1,63	
HOSPITAL OSWALDO CRUZ	1	0,81	
TRANSF HOSPITAL MIGUEL ARRAES	3	2,44	
HOSPITAL MARIA VITORIA	2	1,63	
HOSPITAL PROCAPE	1	0,81	
TRANSF HOSPITAL DO IMIP	3	2,44	
TRANSF HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE	2	1,63	
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	3	2,44	
TOTAL	123	100,00	



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

05:03:24

Conforme a análise dos dados, vale destacar que as transferências seguiram com maior frequência para os hospitais da região metropolitana, em ordem decrescente, Hospital Otávio de Freitas, Hospital da Restauração e Hospital Pelopidas da Silveira.

4.4 PLANILHA DE ATENDIMENTO POR TIPO DE RESULTADO

Através das informações contidas na planilha de resumo de atendimentos por tipo de resultado, avalia-se que em SETEMBRO parte dos pacientes atendidos receberam alta melhorado 19,86%, após serem medicados 29,63%, após consulta 36,08%, e 2,60% dos pacientes atendidos foram transferidos para hospitais de referência na região metropolitana do Recife. O índice de evasão sem atendimento no mês de SETEMBRO foi de 2,87%. Esforços vem sendo empreendidos na busca por melhores resultados.



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			
Tipo de Resultado	Mês/Ano: setembro/2025		%
	Quantidade		
ALTA APÓS MEDICAÇÃO	1404		29,63
ALTA MELHORADO	941		19,86
ALTA APÓS CONSULTA	1710		36,08
ALTA ADMINISTRATIVA	20		0,42
ALTA APÓS PROCEDIMENTOS	182		3,84
ALTA A PEDIDO	18		0,38
ALTA PARA INTERNAÇÃO	4		0,08
EVADIU-SE SEM ATENDIMENTO	136		2,87
EVADIU-SE APÓS PRIMEIRO ATENDIMENTO	56		1,18
PERMANECE EM OBSERVAÇÃO	138		2,91
ALTA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	2		0,04
ÓBITO	5		0,11
TERMO DE RESPONSABILIDADE	0		0,00
TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR	123		2,60
TOTAL	4739		100

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br

(71) 4105-1335

contato@s3saude.com.br





000015

4.5 RELATÓRIO DE ATENDIMENTO POR CID

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

UPA SOTAVE	Página: 1 / 10
SOU LMV - Sistema de Gerenciamento de Internação	Emitido por: CLEI JOTS
Quantitativo de Pacientes por Cid	Em: 06/10/2025 11:11
Período de 01/09/2025 a 30/09/2025 - Cid: Todos - Tipo do Atendimento: Todos	
Convenio: Todos	

Cid	Permanencia Média	Total	% Total	% Acumulado
M545	0	278	8,49 %	8,49 %
B349	0	272	8,31 %	16,80 %
A09	0	251	7,67 %	24,47 %
R520	0	198	6,05 %	30,51 %
R51	1	126	3,85 %	34,36 %
M796	0	109	3,33 %	37,69 %
J069	0	75	2,29 %	39,98 %
I10	0	71	2,17 %	42,15 %
R11	0	69	2,11 %	44,26 %
F411	0	69	2,11 %	46,37 %

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



0.00:16

4.6 GRÁFICO DE ATENDIMENTO POR HORA

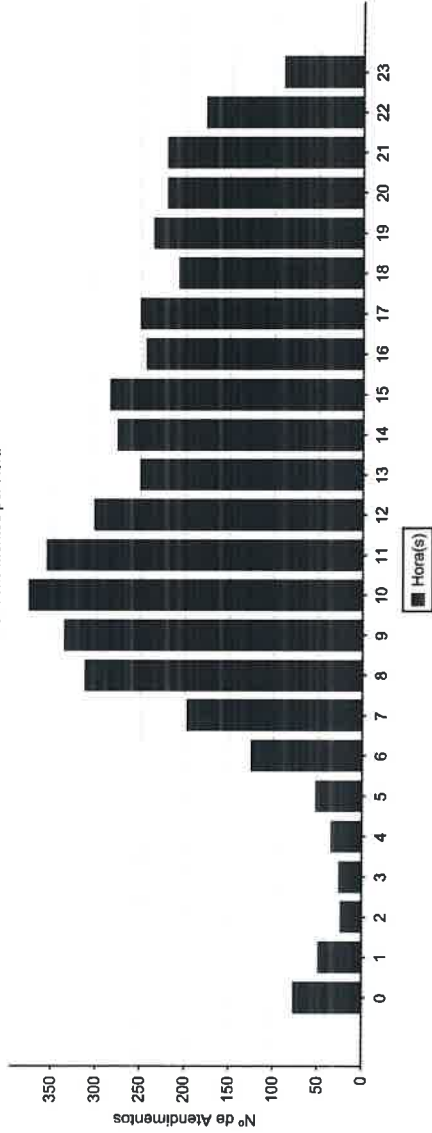
GESTÃO EM SAÚDE

UPA SOTAVE
SOUJUV - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Gráfico de Atendimentos por Hora

Página: 1 / 1
Emitido por: CLEIOTS
Em: 06/10/2025 13:55

Período de 01/09/2025 a 30/09/2025																								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								
77	49	24	26	35	52	126	198	313	336	376	356	303	251	277	285	245	251	208	236	221	221	177	90								
																							4.733								

Gráfico de Atendimentos por Hora



4.7 PLANILHA E GRÁFICO DE ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA

DE 0 A 1 ANO INCOMPLETO	69	1,46
DE 1 A 2 ANOS INCOMPLETOS	75	1,58
DE 2 A 3 ANOS INCOMPLETOS	54	1,14
DE 3 A 4 ANOS INCOMPLETOS	68	1,44
DE 4 A 5 ANOS INCOMPLETOS	53	1,12
DE 5 A 6 ANOS INCOMPLETOS	48	1,01
DE 6 A 12 ANOS INCOMPLETOS	232	4,90
DE 12 A 15 ANOS INCOMPLETOS	105	2,22
DE 15 A 21 ANOS INCOMPLETOS	418	8,83
DE 21 A 25 ANOS INCOMPLETOS	481	10,16
DE 25 A 30 ANOS INCOMPLETOS	510	10,78
DE 30 A 35 ANOS INCOMPLETOS	395	8,35
DE 35 A 40 ANOS INCOMPLETOS	394	8,32
DE 40 A 45 ANOS INCOMPLETOS	341	7,20
DE 45 A 50 ANOS INCOMPLETOS	306	6,47
DE 50 A 55 ANOS INCOMPLETOS	297	6,28
DE 55 A 60 ANOS INCOMPLETOS	227	4,80
DE 60 A 65 ANOS INCOMPLETOS	189	3,99
ACIMA DOS 65 ANOS	471	9,95
Total de Atendimentos:	4733	100

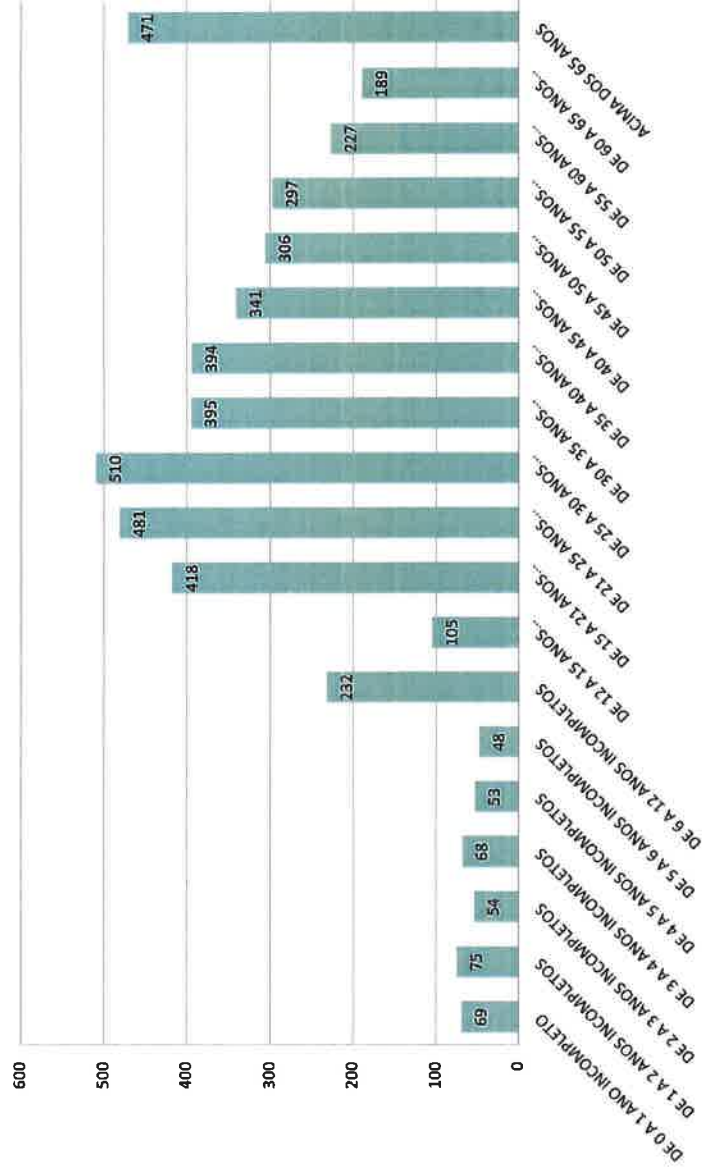
UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

03/03/17

Por Faixa Etária



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


UPA S3 SAUDE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105 1335 contato@s3saude.com.br



GESTÃO EM SAÚDE

029313

4.8 PLANILHA RESUMO DOS ÓBITOS DIÁRIO

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



GESTÃO EM SAÚDE

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

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE			
Mês/Ano: Setembro/2025			
Óbitos			
DATA	PACIENTE	DATA NASCIMENTO	MOTIVO
02/09/2025	A. M. V.	19/10/1981	E101-CICETOACIDOSE
07/09/2025	E. U.	04/10/1985	R092-PARADA RESPIRAT
12/09/2025	M. D. M.	11/12/1957	I509-INSUF CARDIACA NE
18/09/2025	J. R. L.	03/05/1970	I468-PARADA CARDIACA NE
21/09/2025	M. A. C.	13/01/1945	W789-LOCAL NE

4.9 RELATÓRIO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO

No presente mês, do total de 4.731 usuários atendidos na UPA Sotave, 391 responderam à pesquisa de satisfação, totalizando um percentual de 8,3% de pesquisas aplicadas, apenas, inferior ao proposto na meta contratual que é de 10%. Considerando que no final mês anterior, tivemos a subtração de um Tablet da unidade, conforme comunicado por Ofício nº 061/2025 de 18/09/2025, ficando limitado a um único equipamento para realização das pesquisas, impossibilitando a utilização simultânea em setores distintos e ao maior número de pessoas pesquisadas. 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 99,8% dos usuários que responderam à pesquisa recomendariam os serviços desta unidade, conforme demonstra os números nas tabelas abaixo.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



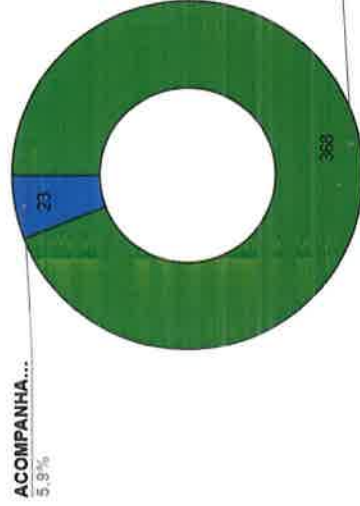
(71) 4105-1335 contato@s3saude.com.br



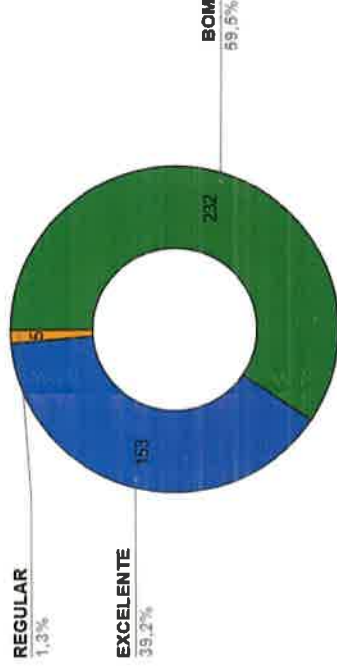
GESTÃO EM SAÚDE

090010

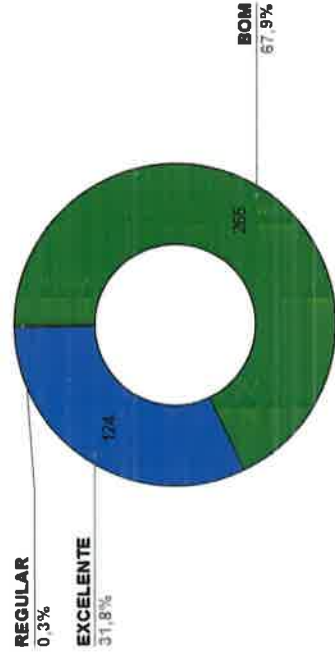
COMO VOCÊ SE IDENTIFICA?



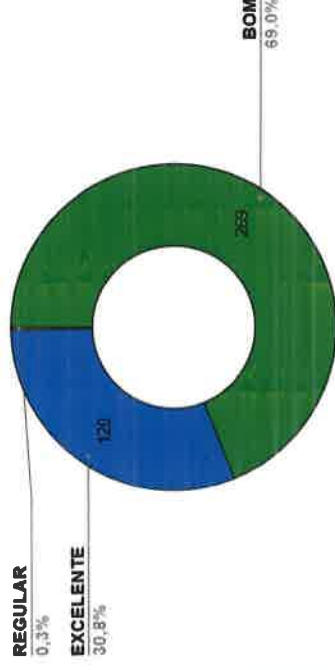
LIMPEZA E CONFORTO DA RECEPÇÃO, BANHEIROS, CORREDORES, SALAS DE ESPERA, SALAS DE OBSERVA...



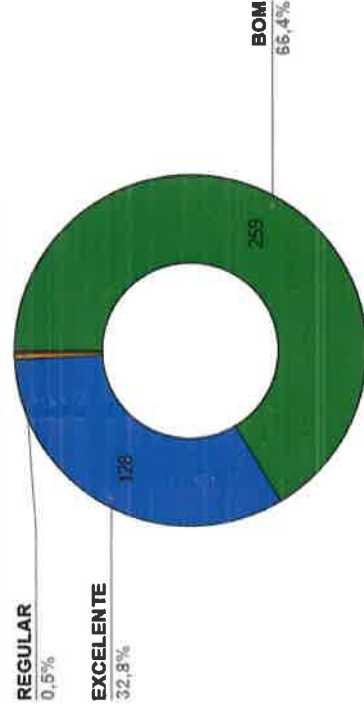
DURANTE A CONSULTA VOCÊ FOI BEM INFORMADO DO SEU ESTADO DE SAÚDE E DOS PROCEDIMENTOS A SE...



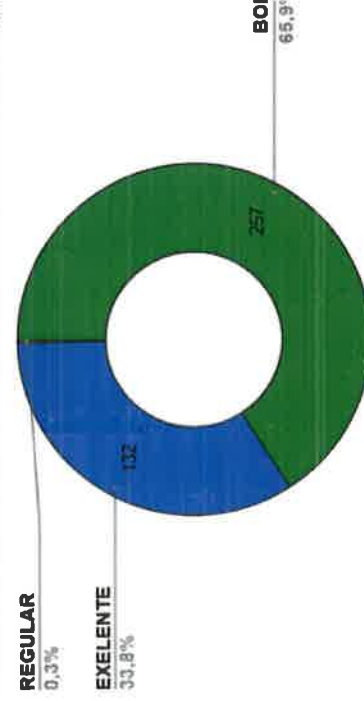
O ESTABELECIMENTO É BEM SINALIZADO PARA VOCÊ ENCONTRAR O LOCAL ONDE PRECISA IR? (PLACAS, PAI...



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



NÍVEL DE COMPROMETIMENTO E DISPOSIÇÃO DAS PESSOAS EM AJUDAR A RESOLVER SEUS PROBLEMAS...



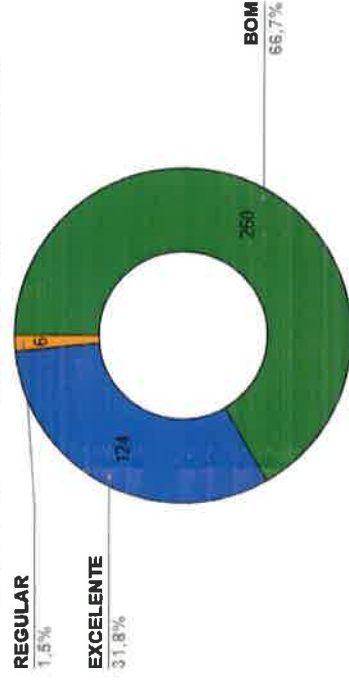
UPA SANTOS
Ináda Santos
Diretora Geral



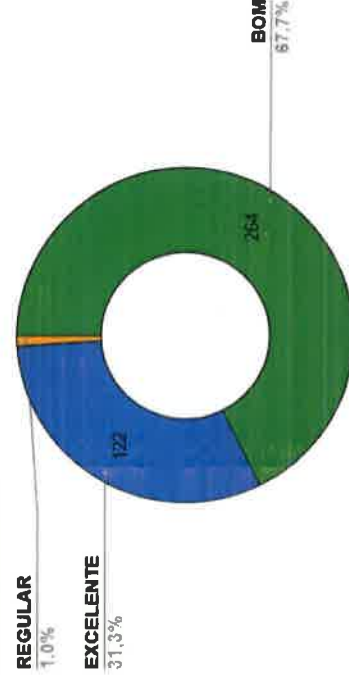
GESTÃO EM SAÚDE

03/0020

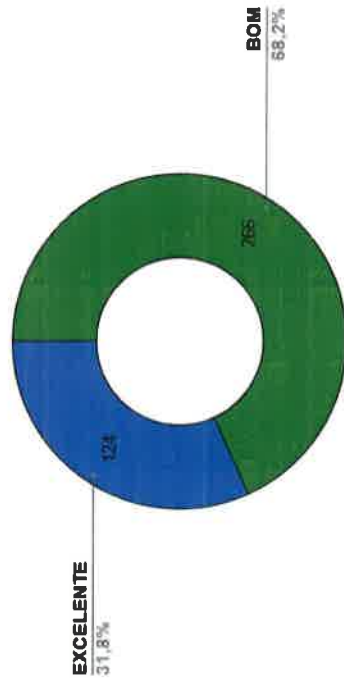
SUA SENSÇÃO DE SEGURANÇA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS OFERECIDOS POR ESTA UNIDADE?



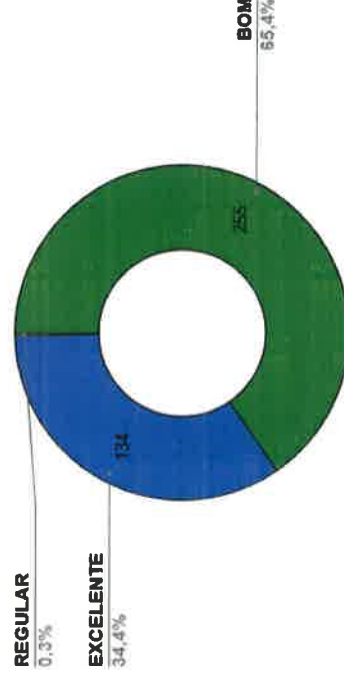
EXPLICAÇÕES DOS MÉDICOS DURANTE O ATENDIMENTO?



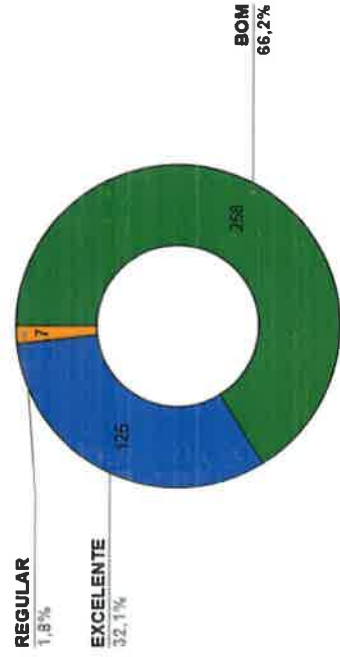
A EDUCAÇÃO E O RESPEITO COM QUE VOCÊ FOI TRATADO (MÉDICOS, ENFERMEIROS, RECEPÇÃO, FUN...



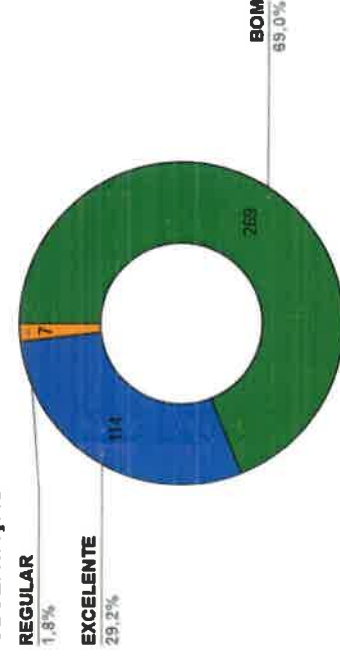
EXPLICAÇÕES DOS ENFERMEIROS DURANTE OS PROCEDIMENTOS QUE FORAM REALIZADOS?



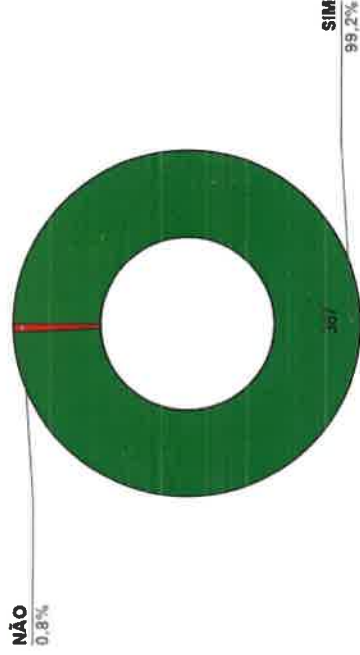
O INTERESSE DO MÉDICO EM OUVIR AS QUEIXAS DO PACIENTE?



RESPEITO AO AMBIENTE NAS SALAS DE ESPERA E OBSERVAÇÃO



VOCÊ INDICARIA ESSE SERVIÇO?



UPA S3 SAÚDE
Inalva Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000021

4.10 RELATÓRIO DE QUEIXAS RECEBIDAS E TRATADAS (OUVIDORIA).

No presente mês tivemos 01 (uma) notificação de ouvidoria que foi devidamente tratada e respondida para a SMS de Jabotão dos Guararapes.

5 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

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

Vale salientar que o histórico dos atendimentos por bairro, no período de 01 a 30/09/2025, está disponível nas páginas seguintes, conforme relatório extraído do sistema de gestão SOUL MV, com destaque para o próprio município com 83,85% e municípios vizinhos 15,25% e menos de 0,92% de outras regiões e municípios mais distantes.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

0.0022

UPA SOTAVE

SOULMV - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Atendimentos por Bairro

Página: 1 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 06/10/2025 14:22

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/09/2025 a 30/09/2025

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE	JABOATÃO DOS GUARARAPES	PAZERES	1788	48,79 %	48,79 %
		CAJUEIRO SECO	535	14,60 %	63,38 %
		BARRA DE JANGADA	317	8,65 %	72,03 %
		GUARARAPES	270	7,37 %	79,40 %
		PIEDADE	235	6,41 %	85,81 %
		CANDEIAS	115	3,14 %	88,95 %
		COMPORTAS	87	2,37 %	91,32 %
		MURIBECA	86	2,35 %	93,67 %
		JARDIM JORDAO	79	2,16 %	95,83 %
		MARCOS FREIRE	78	2,13 %	97,95 %
		ZUMBI DO PACHECO	17	0,46 %	98,42 %
		SOCORRO	11	0,30 %	98,72 %
		VILA RICA	8	0,22 %	98,94 %
		SUCUPIRA	6	0,16 %	99,10 %
		CAVALEIRO	6	0,16 %	99,26 %
		MURIBEQUINHA	6	0,16 %	99,43 %
		DOIS CARNEIROS	4	0,11 %	99,54 %
		SANTO ALEIXO	4	0,11 %	99,65 %
		CENTRO	3	0,08 %	99,73 %
		MURIBECA DOS GUARARAPES	2	0,05 %	99,78 %
		CURADO	2	0,05 %	99,84 %
		VISTA ALEGRE	2	0,05 %	99,89 %
		COMPORTA	2	0,05 %	99,95 %
		PADRE ROMA	1	0,03 %	99,97 %
		BULHOES	1	0,03 %	100,00 %
	Total Município:			77,60 %	
	CABO DE SANTO AGOSTI	PONTEZINHA	241	51,61 %	51,61 %
		PONTE DOS CARVALHOS	203	43,47 %	95,07 %
		SÃO FRANCISCO	5	1,07 %	96,15 %
		CENTRO	5	1,07 %	97,22 %
		PIRAPAMA	3	0,64 %	97,86 %
		VILA TEATROLOGO BARRETO JUNIOR	2	0,43 %	98,29 %
		JARDIM SANTO INACIO	2	0,43 %	98,72 %
		TORRINHA	1	0,21 %	98,93 %
		VILA DOUTOR MANOEL CLEMENTINO	1	0,21 %	99,14 %
		NUCLEO RESIDENCIAL MINISTRO MAR	1	0,21 %	99,36 %
		CRUZEIRO	1	0,21 %	99,57 %
		CHARNEQUINHA	1	0,21 %	99,79 %
		MALÁQUIAS	1	0,21 %	100,00 %
	Total Município:			9,89 %	
JABOATÃO DOS GUARARAPES	PAZERES	CAJUEIRO SECO	115	38,98 %	38,98 %
		GUARARAPES	61	20,68 %	59,66 %
		JARDIM JORDAO	38	12,88 %	72,54 %
		PIEDADE	26	8,81 %	81,36 %
		CANDEIAS	11	3,73 %	85,08 %
		MURIBECA DOS GUARARAPES	8	2,71 %	87,80 %
		BARRA DE JANGADA	7	2,37 %	90,17 %
		DOIS CARNEIROS	6	2,03 %	92,20 %
			6	2,03 %	94,24 %
	Total Município:			9,89 %	

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

UPA SOTAVE
Inalida Santos
Diretora Geral



09:0033

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

GESTÃO EM SAÚDE

Página: 2 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 06/10/2025 14:22

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/09/2025 a 30/09/2025							
UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado		
PE		COMPORTAS	4	1,36 %	95,59 %		
		MURIBECA	4	1,36 %	96,95 %		
		MARCOS FREIRE	3	1,02 %	97,97 %		
		PADRE ROMA	2	0,68 %	98,64 %		
		CURADO II	1	0,34 %	98,98 %		
		SUCUPIRA	1	0,34 %	99,32 %		
		COMPORTA	1	0,34 %	99,66 %		
		VILA RICA	1	0,34 %	100,00 %		
		Total Município:			295	6,25 %	
		RECIFE		IMBIRIBEIRA	39	19,21 %	19,21 %
				COHAB	22	10,84 %	30,05 %
				BOA VIAGEM	18	8,87 %	38,92 %
				IBURA	18	8,87 %	47,78 %
				AFOGADOS	11	5,42 %	53,20 %
				IPSEP	9	4,43 %	57,64 %
				COQUEIRAL	8	3,94 %	61,58 %
				JORDAO	8	3,94 %	65,52 %
				JARDIM SAO PAULO	6	2,96 %	68,47 %
				AREIAS	6	2,96 %	71,43 %
				BARRO	6	2,96 %	74,38 %
PINA	5			2,46 %	76,85 %		
CACOTE	5			2,46 %	79,31 %		
SANTO AMARO	4			1,97 %	81,28 %		
JIQUIA	4			1,97 %	83,25 %		
CORDEIRO	4			1,97 %	85,22 %		
ARRUDA	3			1,48 %	86,70 %		
BRASILIA TEIMOSA	3			1,48 %	88,18 %		
TEJIPIO	2			0,99 %	89,16 %		
VASCO DA GAMA	2			0,99 %	90,15 %		
		BREJO DA GUABIRABA	2	0,99 %	91,13 %		
		SANCHO	2	0,99 %	92,12 %		
		GRACAS	1	0,49 %	92,61 %		
		AGUA FRIA	1	0,49 %	93,10 %		
		ILHA JOANA BEZERRA	1	0,49 %	93,60 %		
		DOIS UNIDOS	1	0,49 %	94,09 %		
		COELHOS	1	0,49 %	94,58 %		
		LINHA DO TIRO	1	0,49 %	95,07 %		
		IPUTINGA	1	0,49 %	95,57 %		
		TORROES	1	0,49 %	96,06 %		
		SAN MARTIN	1	0,49 %	96,55 %		
		RECIFE	1	0,49 %	97,04 %		
		PASSARINHO	1	0,49 %	97,54 %		
		BOA VISTA	1	0,49 %	98,03 %		
		BONGI	1	0,49 %	98,52 %		
		MORRO DA CONCEICAO	1	0,49 %	99,01 %		
		SANTO ANTONIO	1	0,49 %	99,51 %		
		PORTO DA MADEIRA	1	0,49 %	100,00 %		
		Total Município:			203	4,30 %	

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

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: 06/10/2025 14:22

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/09/2025 a 30/09/2025

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE	RECIFE	IMBIRIBEIRA	7	16,67 %	16,67 %
		COHAB	7	16,67 %	33,33 %
		IBURA	6	14,29 %	47,62 %
		AFOGADOS	5	11,90 %	59,52 %
		BOA VIAGEM	5	11,90 %	71,43 %
		JORDAO	4	9,52 %	80,95 %
		IPSEP	2	4,76 %	85,71 %
		ESTANCIA	2	4,76 %	90,48 %
		BRASILIA TEIMOSA	2	4,76 %	95,24 %
		BONJI	1	2,38 %	97,62 %
		CAMPINA DO BARRETO	1	2,38 %	100,00 %
		Total Municipio:	42	0,89 %	
		Moreno	16	88,89 %	88,89 %
	CABO	CAIXA POSTAL	2	11,11 %	100,00 %
		CENTRO	18	0,38 %	
		COHAB	6	85,71 %	85,71 %
		Total Municipio:	1	14,29 %	100,00 %
	OLINDA	Total Municipio:	7	0,15 %	
		AGUAS COMPRIDAS	2	33,33 %	33,33 %
		SAPUCAIA	2	33,33 %	66,67 %
		SAO BENEDITO	1	16,67 %	83,33 %
		CAIXA D'AGUA	1	16,67 %	100,00 %
	IPOJUCA	Total Municipio:	6	0,13 %	
		SUAPE	5	100,00 %	100,00 %
	PAULISTA	Total Municipio:	5	0,11 %	
		JANGA	2	40,00 %	40,00 %
		FRAGOSO	2	40,00 %	80,00 %
		PAU AMARELO	1	20,00 %	100,00 %
	CAMARAGIBE	Total Municipio:	5	0,11 %	
		ALDEIA DOS CAMARAS	1	33,33 %	33,33 %
		BAIRRO NOVO DO CARMELO	1	33,33 %	66,67 %
		AREEIRO	1	33,33 %	100,00 %
	PONTE DOS CARVALHOS	Total Municipio:	3	0,06 %	
		PONTE DOS CARVALHOS	2	66,67 %	66,67 %
		CAIXA POSTAL	1	33,33 %	100,00 %
	CAMELA / IPOJUCA	Total Municipio:	3	0,06 %	
		CAIXA POSTAL	1	100,00 %	100,00 %
	OLINDA	Total Municipio:	1	0,02 %	
		RIO DOCE	1	100,00 %	100,00 %
	CAMARAGIBE	Total Municipio:	1	0,02 %	
		TIMBI	1	100,00 %	100,00 %
		Total Municipio:	1	0,02 %	
		Total Municipio:	1	0,02 %	
		Total Municipio:	1	0,02 %	
		Total Municipio:	1	0,02 %	
		Total Municipio:	1	0,02 %	
		Total Municipio:	1	0,02 %	
		Total Municipio:	1	0,02 %	

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000025

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

Página: 4 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 06/10/2025 14:22

Tipo de Atendimento: TODOS - Período de 01/09/2025 a 30/09/2025

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE	SAO LOURENCO DA MAT	PENEDO	1	100,00 %	100,00 %
			Total Município: 1	0,02 %	
GO	RIO VERDE	LOTEAMENTO GAMELEIRA	1	100,00 %	100,00 %
			Total uf: 99,79 %	99,79 %	
GO	GOIANIA	SANTA GENOVEVA	1	50,00 %	100,00 %
			Total Município: 1	100,00 %	100,00 %
BA	FEIRA DE SANTANA	SANTO ANTONIO DOS PRAZERES	1	50,00 %	100,00 %
			Total uf: 0,04 %	0,04 %	
BA	IRAJUBA	CAIXA POSTAL	1	50,00 %	100,00 %
			Total Município: 1	100,00 %	100,00 %
RJ	DUQUE DE CAXIAS	DOUTOR LAUREANO	1	50,00 %	100,00 %
			Total uf: 0,04 %	0,04 %	
RJ	RESENDE	GUARARAPES	1	50,00 %	100,00 %
			Total Município: 1	100,00 %	100,00 %
PB	CAMPINA GRANDE	JOSE PINHEIRO	1	50,00 %	100,00 %
			Total uf: 0,02 %	0,02 %	
SC	JOINVILLE	SANTA CATARINA	1	100,00 %	100,00 %
			Total Município: 1	100,00 %	100,00 %
MG	BELO HORIZONTE	SAGRADA FAMILIA	1	100,00 %	100,00 %
			Total uf: 0,02 %	0,02 %	
AM	MANAUS	ALVORADA	1	100,00 %	100,00 %
			Total Município: 1	100,00 %	100,00 %
			1	0,02 %	
			Total uf: 0,02 %	0,02 %	
			1	100,00 %	100,00 %
			Total Município: 1	100,00 %	100,00 %
			1	0,02 %	
			Total uf: 0,02 %	0,02 %	
			4733	100,00 %	
			Total Geral: 4733	100,00 %	

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



contato@s3saude.com.br



GESTÃO EM SAÚDE

0.00026

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 SETEMBRO registramos 9 trocas de sonda, dos usuários abaixo relacionado.

(2x) Nome: A.J.A, Rua Dezenove, ponte dos carvalho, Cabo de santo a./PE.

Nome: S.J.S., Av. estudante dos g., prazeres, Jaboatão dos Guararapes/PE

Nome: J.A.P.C, Rua da batalha, jordão, Recife/PE.

Nome: P.B.S., Rua trindade., prazeres, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: I.P.S, Rua da assembleia., candeias, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: S.R.M.E, Rua Getúlio Vargas., barra de jangada, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: D.M.S., da matriz., pontezinha, Cabo de Santo Agostinho/PE.

Nome: C.A.S, Rua Felipe Santiago., piedade, Jaboatão dos Guararapes/PE.


UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000007

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.

UPA S3 Saúde
Unidade Saúde
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



contato@s3saude.com.br

(71) 4105-1335

[illegible]



GESTÃO EM SAÚDE

010030

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 SETEMBRO/2025 a unidade recebeu 05 (cinco) estudantes da área de medicina para estágio prático obrigatório.

8 FATURAMENTO

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

Thaís Sotave
Diretora Geral
UPA Sotave

www.s3saude.com.br



(71) 4105 1335 contato@s3saude.com.br



GESTÃO EM SAÚDE

UPA SOTAVE
SOU/MV - Sistema de Faturamento de Ambulatório SUS
Relatório de Faturamento Global

Página: 1 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 06/10/2025 14:54

FATURA SIA/SUS 09/2025 : 01/09/2025 - 30/09/2025- 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	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0202010160 DOSAGEM DE AMILASE	0,00	0,00	109	2,25	245,25
0202010161 DOSAGEM DE ALBUMINA TOTAL E FRAÇÕES	0,00	0,00	106	1,85	196,10
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	0,00	0,00	251	1,85	465,35
0202010317 DOSAGEM DE CREATININIA	0,00	0,00	309	1,85	571,65
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	0,00	0,00	27	3,68	99,36
0202010326 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	0,00	0,00	11	4,12	45,32
0202010422 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	0,00	0,00	69	2,01	138,69
0202010554 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	0,00	0,00	88	2,25	198,00
0202010600 DOSAGEM DE LIPASE	0,00	0,00	268	1,85	495,80
0202010635 DOSAGEM DE POTASSIO	0,00	0,00	266	1,85	492,10
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OKALACETICA (TGO)	0,00	0,00	176	2,01	353,76
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	0,00	0,00	176	2,01	353,76
0202010654 DOSAGEM DE UREIA	0,00	0,00	315	1,85	582,75
0202010732 GASMETRIA PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS7 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	0,00	0,00	49	15,93	780,87
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	2230	45,24	5000,80
Forma de Organização: 02 - EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0202030029 DETECÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	0,00	0,00	71	5,17	367,07
0202030031 DETECÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL INATIVADA (TTP INATIVADA)	0,00	0,00	21	5,17	108,57
0202030230 HEMOGRAMA COMPLETO	0,00	0,00	388	4,11	1594,88
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	429	12,61	1770,52
Forma de Organização: 03 - EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0202030059 DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	0,00	0,00	4	98,00	394,00
0202030060 DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	0,00	0,00	11	65,00	715,00
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	0,00	0,00	298	2,83	815,04
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	0,00	0,00	61	9,00	549,00
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE	0,00	0,00	6	18,55	148,40
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO PI DETECÇÃO DE SIFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO	0,00	0,00	9	2,83	25,47
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	381	194,21	2.636,61
Forma de Organização: 05 - EXAMES DE UROANÁLISE					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URÍNIA	0,00	0,00	252	3,70	932,40
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	252	3,70	932,40
Total Sub Grupo:			3282	255,76	10 380,56

Sub Grupo: 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

MV | SouIMV

UPA SOTAVE
SOU/MV - Sistema de Faturamento de Ambulatório SUS
Relatório de Faturamento Global

Página: 2 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 06/10/2025 14:54

FATURA SIA/SUS 09/2025 : 01/09/2025 - 30/09/2025- 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 CABECA E PESCOÇO					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0204010090 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	0,00	0,00	19	7,52	142,88
0204010114 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FH + MN + LATERAL + HIRTZ)	0,00	0,00	14	7,32	102,48
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	33	14,84	245,36
Forma de Organização: 02 - EXAMES RADIOLOGICOS DA COLUNA VERTEBRAL					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	0,00	0,00	3	8,33	24,99
0204020042 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	0,00	0,00	1	8,19	8,19
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	0,00	0,00	10	9,73	97,30
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	14	26,25	130,48
Forma de Organização: 03 - EXAMES RADIOLOGICOS DO TORAX E MEDIASTINO					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0204030145 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	0,00	0,00	3	12,02	36,06
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	0,00	0,00	453	9,50	4303,50
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	456	21,52	4339,56
Forma de Organização: 04 - EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	0,00	0,00	4	6,42	25,68
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	0,00	0,00	6	7,77	46,62
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	0,00	0,00	1	5,90	5,90
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULOUMERO (TRES POSICOES)	0,00	0,00	13	7,98	103,74
0204040094 RADIOGRAFIA DE MÃO	0,00	0,00	21	6,30	132,30
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	0,00	0,00	3	6,91	20,73
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	48	41,28	334,97
Forma de Organização: 05 - EXAMES RADIOLOGICOS DO ABDOMEN E PELVE					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0204050145 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	0,00	0,00	3	12,02	36,06
0204050153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	0,00	0,00	453	9,50	4303,50
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	456	21,52	4339,56
Forma de Organização: 06 - EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS INFERIORES					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0204060019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	0,00	0,00	4	6,42	25,68
0204060051 RADIOGRAFIA DE BRACO	0,00	0,00	6	7,77	46,62
0204060078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	0,00	0,00	1	5,90	5,90
0204060116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULOUMERO (TRES POSICOES)	0,00	0,00	13	7,98	103,74
0204060094 RADIOGRAFIA DE MÃO	0,00	0,00	21	6,30	132,30
0204060124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	0,00	0,00	3	6,91	20,73
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	48	41,28	334,97
Forma de Organização: 09 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0204090138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	0,00	0,00	25	7,17	179,25
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	25	7,17	179,25
Forma de Organização: 09 - EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES					
Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0204090000 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	0,00	0,00	7	7,77	54,39
0204090085 RADIOGRAFIA DE BACIA	0,00	0,00	8	7,77	62,16
020409109 RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	0,00	0,00	9	6,50	58,50
0204090011 RADIOGRAFIA DE JOELHO (3 AXIAS)	0,00	0,00	2	9,26	18,52
0204090141 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAS)	0,00	0,00	17	9,26	157,63
0204090150 RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	0,00	0,00	17	6,78	115,26
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	59	47,05	459,62
Total Sub Grupo:			635	158,11	5.689,24

Sub Grupo: 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES

Forma de Organização: 02 - DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA

Procedimento Descrição	Anestesia	Profissional	Qtd.	VI Unitário	VI Total
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	0,00	0,00	161	5,15	829,15

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

MV | SouIMV



000032

GESTÃO EM SAÚDE

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

Página: 3 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 09/10/2025 14:54

FATURA SIA/SUS 09/2025 : 01/09/2025 - 30/09/2025- Somente BPA; Tipo de Tratamento: Todos; Grupo de Procedimento: Todos;
Tipo de Procedimento: Todos; Ordem Relatório: DESCRICAO; Tipo Relatório: Setor Executante: Todos;

Total Forma de Organização:		0,00	0,00	161	5,15	829,15
Total Sub Grupo:		0,00	0,00	161	5,15	829,15
Sua Grupo: 14 - DIAGNÓSTICO POR TESTE RÁPIDO						
Forma de Organização: 01 - TESTE REALIZADO FORA DA ESTRUTURA DE LABORATÓRIO						
Procedimento Descrito	Anestesiista	Profissional	Qtd	VI Unitário	VI Total	
0214010015 GLUCEMIA CAPILAR	0,00	0,00	157	0,00	0,00	
0310100049 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCE	0,00	0,00	6	0,00	0,00	
Total Forma de Organização:		0,00	163	0,00	0,00	
Total Sub Grupo:		0,00	163	0,00	0,00	
Total Tipo de Atendimento:	0,00	0,00	4251	419,02	16 898,95	
Total de Procedimento(s): 47	0,00	0,00	4251	419,02	16 898,95	

Grupo: 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Tipo: Interno						
Sua Grupo: 01 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS						
Forma de Organização: 01 - CONSULTAS MEDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR						
Procedimento Descrito	Anestesiista	Profissional	Qtd	VI Unitário	VI Total	
0310100049 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCE	0,00	0,00	75	6,30	472,50	
0310100030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMARIA (EXCETO ME	0,00	0,00	44	0,00	0,00	
Total Forma de Organização:		0,00	119	6,30	472,50	
Forma de Organização: 06 - CONSULTA/ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS (EM GERAL)						
Procedimento Descrito	Anestesiista	Profissional	Qtd	VI Unitário	VI Total	
0310100118 ACOPLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	0,00	0,00	4731	0,00	0,00	
0310100029 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATE 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZ	0,00	0,00	52	12,47	648,44	
0310100056 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	0,00	0,00	4801	1,00	52 911,00	
Total Forma de Organização:		0,00	9284	23,47	53 459,44	
Forma de Organização: 10 - ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM (EM GERAL)						
Procedimento Descrito	Anestesiista	Profissional	Qtd	VI Unitário	VI Total	
0310100012 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	0,00	0,00	4628	0,63	2 915,64	
0310100159 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA	0,00	0,00	7	0,00	0,00	
0310100039 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL	0,00	0,00	40	0,00	0,00	
0310100047 CATEETERISMO VESICAL DE ALIVIO	0,00	0,00	2	0,00	0,00	
0310100055 CATEETERISMO VESICAL DE DEMORA	0,00	0,00	16	0,00	0,00	
0310100284 CURATIVO SIMPLES	0,00	0,00	27	0,00	0,00	
0310100101 INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	0,00	0,00	1	0,00	0,00	
0310100128 LAVAGEM GASTRICA	0,00	0,00	1	0,00	0,00	
0310100144 OXIGENOTERAPIA POR DIA	0,00	0,00	4	0,00	0,00	
Total Forma de Organização:		0,00	4726	0,63	2 915,64	
Total Sub Grupo:		0,00	14429	30,40	56 847,58	

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

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

Página: 4 / 4
Emitido por: CLELIOTS
Em: 09/10/2025 14:54

FATURA SIA/SUS 09/2025 : 01/09/2025 - 30/09/2025- Somente BPA; Tipo de Tratamento: Todos; Grupo de Procedimento: Todos;
Tipo de Procedimento: Todos; Ordem Relatório: DESCRICAO; Tipo Relatório: Setor Executante: Todos;

Total Tipo de Atendimento:		0,00	0,00	14429	30,40	56 847,58
Total Grupo:		0,00	0,00	14429	30,40	56 847,58

Grupo: 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Tipo: Interno						
Sua Grupo: 01 - PEQUENAS CIRURCIAS E CIRURCIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA						
Forma de Organização: 01 - PEQUENAS CIRURCIAS						
Procedimento Descrito	Anestesiista	Profissional	Qtd	VI Unitário	VI Total	
0410100105 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	0,00	0,00	6	32,40	258,28	
0410100106 EXCISÃO DE LESÃO DE FERIMENTO DA PELE / ANEX	0,00	0,00	21	23,16	486,36	
0410100068 EXCISÃO DE 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	30	55,56	745,56	
Total Sub Grupo:		0,00	30	55,56	745,56	
Total Tipo de Atendimento:	0,00	0,00	30	55,56	745,56	
Total de Procedimento(s): 3	0,00	0,00	30	55,56	745,56	

74.492,09

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

MV | SouIMV

UPA SOTAVE
Inalder Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

0.00033

9

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

No período deste relatório de 01 a 30 de SETEMBRO de 2025 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 OUTUBRO, encontram-se disponíveis no **ANEXO I** através de registros em Atas, indicadores e Relatórios.

Comissão de Ética Médica

Conforme disposto na RESOLUÇÃO CFM N° 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;

Unidade Saúde
Diretoria Geral



www.s3saude.com.br

(71) 4105-1335

contato@s3saude.com.br



GESTÃO EM SAÚDE

0.00034

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

Comissão de Ética em enfermagem

A comissão foi empossada junto ao Conselho Regional de enfermagem ao décimo segundo dia do mês de Janeiro do ano de dois mil e vinte e três.

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 SETEMBRO, 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 S3 SAÚDE
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

000035

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 excelentes resultados relacionados às metas, especialmente alcançada nesse mês, e indicadores dos serviços prestados na UPA Sotave.

Destacamos que no mês de SETEMBRO de 2025 a unidade ultrapassou a meta dos atendimentos contratualizado que é de 4.500 atendimentos médicos e odontológicos.

É importante destacar que, durante o mês de SETEMBRO, a UPA Sotave, manteve-se em pleno funcionamento, mesmo diante de graves dificuldades estruturais e financeiras, com fornecedores e prestadores de serviço ameaçando suspender entregas e serviços terceirizados. Ressalta-se que a unidade permanece há mais de três anos sem reajuste no valor destinado ao custeio, o que pode inviabilizar sua execução na íntegra, intensificando ainda mais os desafios operacionais.

Ainda assim, as equipes assistenciais mantiveram-se completas, comprometidas e atuantes, assegurando a cobertura integral, a escala médica — composta por três profissionais — dois clínicos e um pediatra e equipes multiprofissionais, conforme previsto no Contrato de Gestão nº 001/2022 e em conformidade com a demanda pactuada, ver **ANEXO V**.

Mesmo em cenário adverso, a unidade não interrompeu suas atividades e continuou cumprindo suas metas de atendimento, evidenciando o comprometimento, a resiliência e o espírito de colaboração das equipes, que seguem empenhadas em garantir a continuidade e a qualidade da assistência prestada à população.

UPA Sotave
Inalda Santos
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

0.00036

Diante do exposto, recomenda-se a reavaliação do custeio financeiro destinado à unidade, a fim de adequar os recursos às necessidades reais de manutenção e operação do serviço, garantindo assim a sustentabilidade das atividades assistenciais e a segurança do atendimento à população usuária.

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

Jaboatão dos Guarapes, 09 de outubro de 2025.

Inalda Santos
Diretora Geral





GESTÃO EM SAÚDE

0.00037

11 ANEXOS

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

Anexo I:

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

Anexo II:

- Relatório das ações de Educação Permanente e Serviço Social

Anexo III:

- Relatório de Gerenciamento de Resíduos

Anexo IV:

- Relatório de Manutenção da estrutura Predial e mobiliários

Anexo V:

- Escalas do mês de SETEMBRO

UPA-S3 SAÚDE
Lídia Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105 1335 contato@s3saude.com.br

0.00338

ANEXO I

UPA SOTAVento
Inalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335 contato@s3saude.com.br

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA	 JABOATÃO DOS GUARARAPES
--	--	--

Área Emissora: Direção Assistencial	Responsável pela Emissão: Ivana Barbosa	Data da Emissão: 06/10/2025
---	---	---------------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Comissão de Farmácia e Terapêutica	REDATOR: Ivana Barbosa	DATA: 06/10/2025	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h00min
---	----------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

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

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (presente/ausente)	ASSINATURA
Ivana Albuquerque da Silva Barbosa	Presente	<i>Ivana Barbosa</i>
Antônio Marcelo Cordeiro de Carvalho Junior	Presente	<i>Antônio Cordeiro</i>
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	<i>Danielly Carneiro</i>
Inalda Santos	Presente	<i>Inalda</i>
Sandra Simone da Silva Magalhães	Presente	<i>Sandra</i>
Thaiany Fernandes	Presente	<i>Thaiany</i>
Gisele Barbosa Tenório	Presente	<i>Gisele</i>

ATA DA REUNIÃO		
ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Atuação da Farmácia na Educação continuada	Ivana/Danielly
2	Acompanhamento do perfil de pacientes atendidos na unidade – Azitromicina 500mg	Ivana
3	Despadronização das medicações Anlodipino e Losartana	Ivana/dr. Marcelo

Ivana Barbosa
Ivana Barbosa
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	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 Setembro de dois mil e vinte e cinco, às 14:30 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 da Educação Continuada, Drº Marcelo Cordeiro, Coordenador médico, Thaiany Fernandes, Coordenadora de Enfermagem e Gisele Barbosa, Supervisora de Enfermagem. Com objetivo de apresentar as ações desenvolvidas, avaliar e analisar seu desempenho.

Ações desenvolvidas:

Atuação da farmacia na educação continuada

Neste mês de setembro, a farmacia juntamente com a educação continuada da unidade abordou o tema "O suicídio como problema de saúde pública: Estatísticas, fatores de risco e estratégias de prevenção", destacando a relevância do envolvimento dos profissionais de saúde, inclusive farmacêuticos, na identificação precoce de sinais de alerta e na orientação adequada aos pacientes e a outros profissionais da área

Dessa forma, o tema abordado neste mês contribuiu significativamente para ampliar a compreensão da equipe sobre o suicídio como uma questão de saúde pública e para fortalecer as estratégias de prevenção e acolhimento dentro do serviço.

A palestra foi administrada pelo farmacêutico Thallys Arthur, e muito bem aceita pela equipe.



Foto 1: Palestra sobre suicídio como questão de saúde pública


 Inalda Santos
 Diretora Geral

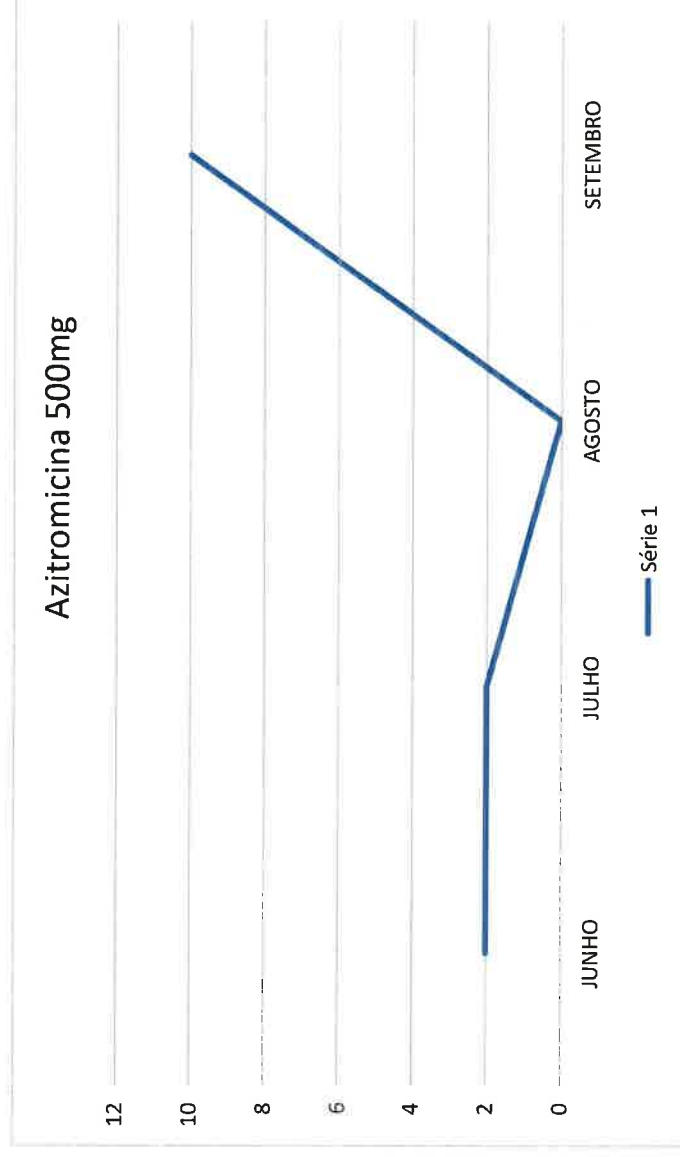
 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA	 HOSPITAL DE JABOATÃO DO PERNAMBUCO
--	--	--

Acompanhamento 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.

No mês de setembro, não foram registradas grandes alterações nos medicamentos liberados, havendo apenas uma variação significativa no consumo de azitromicina 500mg via oral, que faz parte do protocolo de tratamento de infecções respiratórias.

Gráfico consumo de Azitromicina



Despadronização das medicações Anlodipino e Losartana

Durante a análise mensal do perfil de consumo e dispensação de medicamentos, foi identificado baixo consumo dos fármacos Anlodipino e Losartana, os quais compõem a classe dos anti-hipertensivos.

Ao realizar o acompanhamento do perfil dos pacientes atendidos na unidade de urgência, observou-se que a maioria dos casos de hipertensão são de manejo agudo, com estabilização e posterior encaminhamento para a rede básica de saúde para seguimento e tratamento contínuo. Dessa forma, o uso regular desses medicamentos na UPA se mostrou reduzido e pouco representativo no contexto de atendimento emergencial.


Diretora Geral
UPA São Paulo
Unidade de Saúde

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

Considerando:

- * O baixo índice de utilização dos medicamentos;
- * A inexistência de demanda significativa durante os últimos meses;
- * E o perfil assistencial da unidade, voltado prioritariamente ao atendimento de urgência e estabilização clínica;

A Comissão de Farmácia e Terapêutica deliberou pela despadronização dos medicamentos Anlodipino e Losartana, do elenco da farmácia da unidade.

Essa decisão visa otimizar o estoque, evitar desperdícios e manter o foco nos medicamentos mais utilizados e necessários ao perfil epidemiológico e assistencial da UPA.

Sendo assim, os medicamentos Anlodipino e Losartana foram despadronizados, permanecendo disponíveis apenas enquanto estiver em estoque e mediante prescrição excepcional, quando necessário e justificado clinicamente.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de Outubro de 2025.


Ivana Barbosa
 Coord. de Farmácia
 CRF/PE 03224
 UPA SOTAVE

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


UPA SOTAVE
 Ivana Barbosa
 Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



Área Emissora: Comissão de Revisão de Prontuários	Responsável pela Emissão: Antônio Marcelo carvalho	Data da Emissão: 06/10/2025
---	---	-----------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Reunião de Alinhamento da Comissão de Revisão de Prontuários	REDATOR: Antônio Marcelo Carvalho	DATA: 06/10/2025	INÍCIO: 10h00min	TÉRMINO: 10h40min
--	---	---------------------	---------------------	----------------------

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

PARTICIPANTES			
NOME	STATUS (presente/ausente)	ASSINATURA	
Antônio Marcelo C. Carvalho Junior	Presente		
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente		
Jacyara Maria R. Do Nascimento	Presente		
Larissa Oliveira	Presente		
Sandra Simone da Silva Magalhães	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	Danielly Carneiro
5	Elaboração de gráficos (tabulação de dados)	Antônio Marcelo Carvalho

Daniela Soares
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



020044

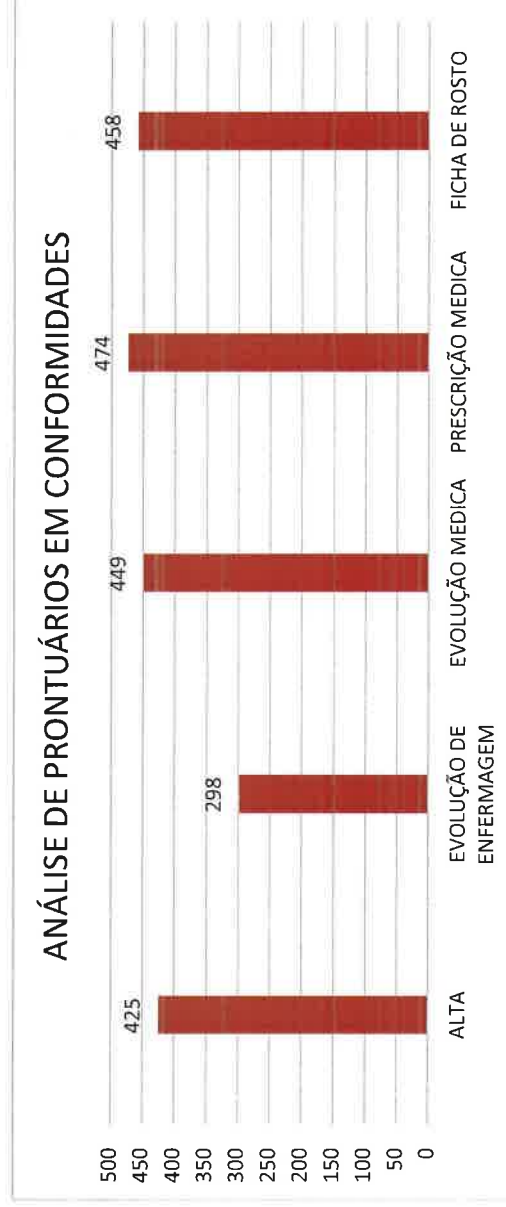
RELATÓRIO MENSAL

A Comissão de Prontuário desempenha um papel crucial na garantia da qualidade e precisão das informações registradas nos prontuários dos pacientes. Nesta análise, apresentamos os dados coletados ao longo do período de 01 a 30 de setembro de 2025, destacando aspectos fundamentais que contribuem para a melhoria da assistência à saúde.

Neste mês, foram auditados 10% dos prontuários do universo de 4.739 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 também proporciona insights valiosos sobre as áreas que necessitam de atenção. Durante a avaliação, por meio dos formulários específicos (anexo 1), constatou-se que no que se refere aos prontuários médicos das especialidades de clínica médica e pediatria não houve não conformidade sobre a impressão do boletim de atendimento inicial, apresentado um percentual positivo em comparação ao mês anterior, em relação a não conformidade referente a alta, obtivemos um percentual 10,33% que refere-se a um resultado maior que o mês anterior, isso ocorre normalmente, devido aos pacientes na maioria das vezes não entregar a ficha de rosto ao médico ou a equipe de enfermagem e no que diz respeito à evolução médica tivemos 0,052%, de não se aplicam, considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram melhora após medicação e não necessitaram evolução. Referente aos prontuários de enfermagem, as prescrições vêem apresentando melhorias nas conformidades.

Segue tabela referente ao quantitativo de conformidades dos prontuários avaliados.

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



UPA SOBRAL
Tatiana Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

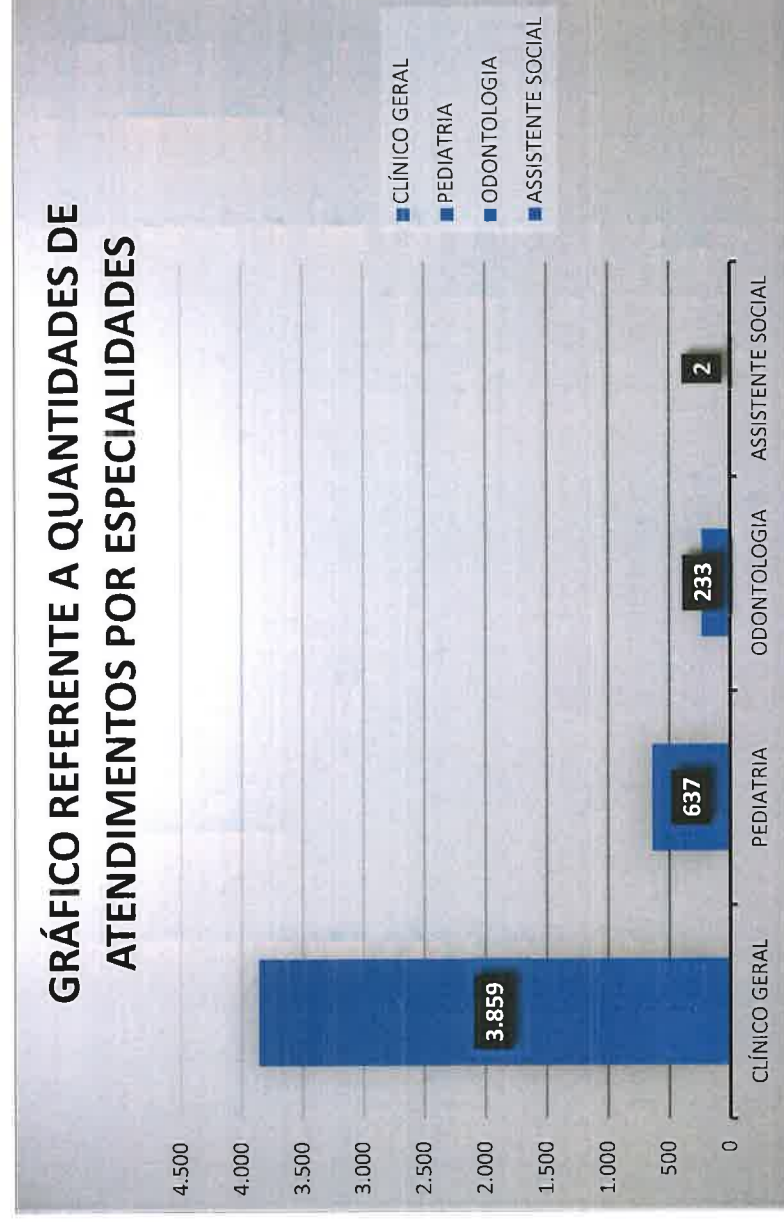
COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



Em nossa última reunião, discutimos as não conformidades identificadas, que foram repassadas ao diretor médico e à direção assistencial para uma orientação individualizada. A disposição de ambos em colaborar com a equipe para corrigir essas questões foi evidente, especialmente no que diz respeito à importância da impressão de carimbo e assinatura em todos os documentos do prontuário, considerando que ainda não dispomos de um sistema com certificação eletrônica.

O gráfico abaixo detalha o aumento de atendimento na especialidade clínica e pediatria, entretanto uma diminuição referente ao atendimento odontológico e Assistência Social, comparado ao mês anterior.

Gráfico 2 Referente a quantidade de atendimentos por especialidades



UPA S3
Tela de S3
Diretora Geral

Anexo 01 – Formulário de Avaliação de Prontuários

DESCRIÇÃO	CONFORME C	NÃO CONFORME NC	NÃO SE APLICA N/A
Identificação do Paciente (Ficha de rosto)	458	16 (Prontuários sem a ficha de rosto)	--
Prescrição Médica	474	--	00
Evolução Médica	449	--	25 Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA melhorada após serem medicados
Evolução da Enfermagem	298	--	176 Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA melhorada após serem medicados...
Evolução da Assistência Social	232	--	242 Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA melhorada após medicação.
Triagem Nutricional	254	--	220 Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA melhorada após medicação.
Alta	425	49 (alta administrativa)	--

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

- **Identificação do paciente:** Foram observadas 458 conformidades, demonstrando adequada identificação na maioria dos registros. Entretanto, ocorreram 16 não conformidades, todas relacionadas à ausência da ficha de rosto nos prontuários. Isto ocorre na maioria das vezes, devido ao paciente não entregar ao médico ou equipe de enfermagem a ficha de rosto.



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS



050047

- **Prescrições médicas:** Todos os prontuários avaliados apresentaram 100% de conformidade neste item, evidenciando o correto preenchimento das prescrições médicas.
- **Evolução médica:** Verificou-se 449 conformidades quanto ao registro da evolução médica. Nos outros 25 não se aplicam, considerando-se que o paciente recebeu alta após medicação.
- **Evolução de enfermagem:** Foram registradas 298 conformidades, nos demais 176 não se aplicou, devido à permanência do paciente ter sido inferior a 12 horas na unidade, o que dispensa, conforme protocolo, o registro de evolução de enfermagem.
- **Evolução do serviço social:** Identificou-se 232 conformidades neste aspecto. Em 242 casos, a avaliação não se aplicou pelo mesmo motivo de permanência inferior a 12 horas.
- **Nutrição:** Em relação aos registros nutricionais, houve 254 conformidades, em 220 prontuários, este item não se aplicou, também, em função do tempo de permanência do paciente na unidade ter sido inferior a 12 horas.
- **Alta:** Quanto ao registro de alta, 425 prontuários apresentaram-se em conformidade. No entanto, verificou-se 49 não conformidades, considerando que houve à ocorrência de alta administrativa.

A avaliação demonstra, de modo geral, um bom nível de conformidade na maioria dos itens analisados, especialmente nas áreas de identificação do paciente e prescrições médicas.

Com base na análise dos prontuários avaliados, recomendamos as seguintes ações para aprimorar a qualidade dos registros e garantir maior segurança e eficiência nos processos assistenciais:

- **Alta Administrativa** – Continuaremos com os treinamentos “IN LOCO” para erradicar as altas administrativas, ficando esta demanda aos cuidados dos médicos.

A presente avaliação permitiu identificar pontos fortes, como a total conformidade nas prescrições médicas, bem como áreas que requerem atenção e intervenção imediata.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de outubro de 2025.


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

Jr. Marcelo Carvalho
Diretor Médico
CRM 33.739
S3 Gestão em Saúde
DA SOTAVE


UPA SOTAVE
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



020048

Área Emitente: Comissão de Revisão de Óbitos	Responsável pela Emissão: Antônio Marcelo Carvalho	Data da Emissão: 04/10/2025
---	---	--------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Reunião de Alinhamento da Comissão de Revisão de Óbitos	REDATOR: Antônio Marcelo Carvalho	DATA: 04/10/2025	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h00min
---	--------------------------------------	---------------------	---------------------	----------------------

PAUTA
Exposição do perfil de óbitos ocorridos em setembro.

PENDÊNCIAS DA REUNIÃO ANTERIOR
-

PARTICIPANTES			
NOME	STATUS (presente/a usente)	ASSINATURA	
Antônio Marcelo C. Carvalho Junior	Presente		
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente		
Jacyara Maria R. Do Nascimento	Presente		
Larissa Oliveira	Presente		
Sandra Simone da Silva Magalhães	Ausente		

ATA DE REUNIÃO		
ITEM	ASSUNTO	RESPONSÁVEL
1	Exposição do perfil de óbitos ocorridos em julho;	Sandra Magalhães
2	Discussão acerca das revisões dos óbitos ocorridos no mês de julho;	Sandra Magalhães
3	Elaboração de Relatório e Ata de Reunião;	Danielly Carneiro
4	Elaboração de gráficos (Perfil de óbitos).	Gisele Tenório

UPA SOFATRE
Tratada Sufatos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS	
---	--	---

Este relatório tem como objetivo apresentar dados sobre óbitos registrados em período de 01 a 30 de setembro de 2025. Com total de 05 (cinco) óbitos, onde 02 (dois) ocorreram em pacientes com a permanência maior que 24h após admissão na unidade. Referente ao gênero dos pacientes que evoluíram para óbito 02 (duas) pessoas do gênero masculino (cisgênero) e 03 (três) femininos (cisgênero). No que se refere a faixa etária, 01 (uma) pessoa com mais de 80 anos, 02 (duas) foram pessoas idosas (60 anos ou mais) 02 adultos de outras faixas que estão sendo apresentados na tabela estratificada por idades abaixo. Todos os pacientes que evoluíram para óbito já possuíam alguma comorbidade prévia, sendo essas, em sua maioria, hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica, diabetes mellitus, cardiopatias.

As liberações dos óbitos foram distribuídas da seguinte forma: 02(duas) DO – Declaração de ÓBITO, 03(três) SVO – Serviço de Verificação de Óbitos. Os diagnósticos dos óbitos considerados não institucionais foram fechados imediatamente, porém, apesar dos esforços e intervenções, não foi possível reversão dos quadros. Logo após, foi elucidado pelo Presidente desta comissão que os óbitos ocorridos em setembro foram revisados no mês em curso, utilizando como ferramenta de avaliação o formulário de revisão e análise de óbitos (ANEXO 1). Os óbitos foram os 05 (cinco) classificados como óbitos não evitáveis, validando positivamente as ações da equipe em geral e nenhum óbito evitável. Evitabilidade ou mortes evitáveis: trata-se de um agravamento 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 evitáveis, 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

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


 JPA SAÚDE
 Flávia Santos
 Diretora Geral

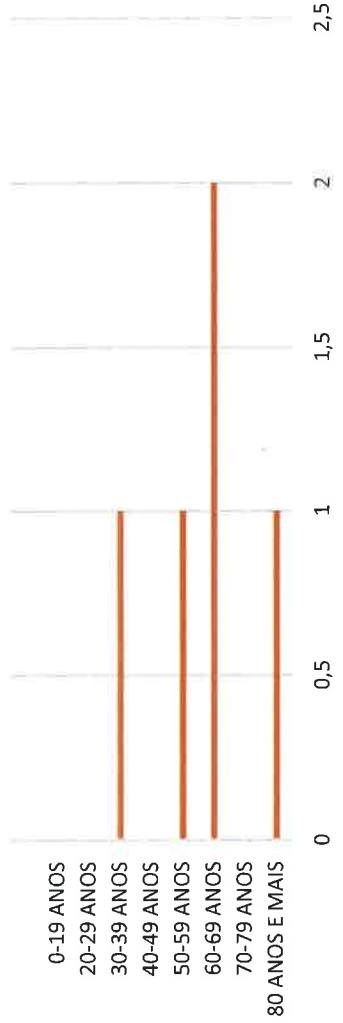


RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



ÓBITOS ESTRATIFICADOS POR IDADES.



LEGENDA; ÓBITOS ESTRATIFICADOS POR IDADES, COLETADOS DO FORMULÁRIO DE REVISÃO E ANÁLISE 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. _____

UPA S3
Instituto de Saúde
Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



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☐ 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	()	?	

UPA SOLANGE
 Ingrid Santos
 Diretora Geral

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



000052

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

Resumo do caso:

UPA S3
 Inês Santes
 Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS



0:0053

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

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 outubro de 2025.



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

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

CPA S3
Tatiana Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE



0,935%

Area Emitente: Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade		Responsável pela Emissão: Gisele Tenório	Data da Emissão: 06/10/2025
TIPO DE REUNIÃO: Reunião de Alinhamento do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade	REDATOR: Gisele Tenório	DATA: 06/10/2025	TÉRMINO: 15h:30min

PAUTA
Planejamento do Núcleo de Segurança do Paciente.

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (Presente/ (Ausente)	ASSINATURA
Antônio Marcelo Carvalho	Presente	
Camila Marques	Ausente	
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	
Gisele Tenório	Presente	
Inalda Santos	Presente	
Ivana Barbosa	Presente	
Sandra Magalhães	Ausente	
Thaiany Fernandes da Silva	Presente	

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

CPA Santos
Inalda Santos
Diretora Geral

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

A segurança do paciente é uma prioridade global, conforme ressaltado pela Organização Mundial de Saúde -OMS. A Comissão de Segurança do Paciente desempenha um papel crucial na promoção de práticas que garantam a proteção dos pacientes durante o atendimento em saúde, visando a qualidade no atendimento ao paciente. 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). Ao implementarmos esse formulário e o processo de coleta de dados, estamos iniciando uma mudança cultural dentro da unidade, onde a segurança do paciente se torna uma prioridade para toda a equipe. A conscientização sobre as seis metas internacionais é fundamental para promover uma cultura de segurança sólida. Todos os dados coletados são analisados regularmente, e os números evidenciados servirão como guia para a prática de enfermagem, orientando ações de melhoria na assistência com foco na segurança do paciente. A análise crítica dos dados permitirá identificar tendências, áreas de risco e oportunidades de intervenção. De acordo com a programação do NEPH - Núcleo de Educação Permanente e Humanização, foi programado para o mês de setembro a realização das atividades: realizado Blitz de Lavagem das Mãos no setores, conscientização de adorno zero da NR 32, sendo disponibilizado suporte para objetos pessoais, participação no treinamento de LPP (Lesão por Pressão) do NEPH, implantação da reciclagem de embalagem de soro nos postos de enfermagem, na conscientização do descarte correto, revertendo todo material arrecado, em benefício para a unidade.

Também trabalhamos durante esse mês, a 6º (sexta) meta internacional de segurança do paciente: Higienização das mãos e lesão por pressão tendo o planejamento sido apresentado para as unidades coligadas da S3 Gestão em Saúde de Pernambuco e Bahia. Em conjunto com a coordenação de enfermagem, e com o NEPH, continuamos com a metodologia do projeto “Fique Atento”, conscientizando e reforçando a necessidade de manter a qualidade no atendimento e segurança na assistência prestada ao paciente com base nas 06 (seis) metas internacionais.

CPA S3
Ingrid Santos
Diretora Geral

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

Durante as visitas multidisciplinares e o Huddle, continuamos levantando a necessidade de treinamentos para melhoria da qualidade de prestação na assistência ao paciente.

Os protocolos de segurança do paciente são instrumentos para construir uma prática assistencial segura, porque garantem segurança do paciente, a qualidade do atendimento e a eficiência dos processos. Juntamente com a coordenação de enfermagem, continuamos revendo os protocolos existentes e criando fluxos, para que possamos repassar para as equipes, líderes de setores e a diretoria da unidade.

No mês de setembro, a Comissão de Segurança do Paciente fez uma avaliação detalhada na falha de abertura e checagem da prescrição, assim como, a falha na evolução de enfermagem. Foi analisado 10% dos prontuários de um total de 4.731 atendimentos registrados. Essa análise tem como objetivo identificar falhas para melhorar e fortalecer 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.

Os dados coletados revelam que houve 04 (quatro) falhas em relação a segurança do paciente. As falhas foram: 1) falha na identificação do paciente (pulseira); 2) falha na identificação placa beira leito; 3) Falha na identificação do acesso venoso periférico e 4) falha na identificação de medicamentos multidoses. Mediante as falhas constatadas, podemos descrever o incidente/evento, classificando a ocorrência como incidente sem dano, e quase erro. . A falha na identificação do paciente (pulseira), compromete diretamente a segurança do paciente e pode resultar em eventos adversos graves; na falha de identificação dos medicamentos multidoses, representa um risco na assistência à saúde, pois compromete a segurança do paciente, facilita erros de administração e pode causar contaminação cruzada e eventos adversos graves; em relação a falha na identificação do acesso venoso periférico (AVP) é um problema grave, pois pode comprometer a segurança do paciente, a qualidade do cuidado e a rastreabilidade das ações assistenciais .

Diante do exposto iremos continuar 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.


 Tânia Sotomayor
 Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE



030357

Tabela 1- NOTIFICAÇÕES REALIZADAS NO MÊS DE SETEMBRO/2025

TIPOS DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS / NÃO CONFORMIDADES	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Falha na identificação do paciente (Pulseira)	03	0,63%
Falha na identificação da placa beira leito	09	1,89%
Falha na Comunicação.	01	0,21%
Falha na administração de medicamentos.	00	00
Falha na identificação de medicamentos multidoses	01	0,21%
Falha na identificação de AVP	05	1,05%
Eventos adversos associados a equipamentos /produtos de assistência à saúde.	N/A	N/A
Falha na higienização das mãos.	08	1,68%
Queda do paciente.	00	00
Lesão por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado, adquiridos na unidade).	00	00
Flebite.	01	0,21%
Falha na administração de dietas.	00	00
Falhas no transporte do paciente.	00	00
Falha na higienização do paciente.	00	00
Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)	N/A	N/A
Extubação Acidental.	N/A	N/A
Broncoaspiração.	N/A	N/A
Tromboembolismo Venoso (TEV).	N/A	N/A
Sequela ou óbito por meio de um evento sentinela.	N/A	N/A
Falhas nas evoluções dos prontuários e prescrições	00	00
Outros eventos adversos não mencionados.	00	00
Evasão do paciente referente ao valor total de atendimento registrado no MV (4.371)	168	3,84%
TOTAL	196	

CPA-SORAYA
Inelda Santos
Diretora Geral

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

No mês de setembro, foram notificados 28 incidentes/eventos adversos. Dos quais estão relacionados à falha na identificação do paciente, falha na identificação beira leito, comunicação, identificação de medicamentos multidoses, identificação de AVP (Acesso venoso Periférico), lavagem das mãos e flebite, havendo uma melhora significativa de evasão dos pacientes.

Foram selecionados 474 prontuários para verificar os incidentes/eventos adversos/não conformidades, na Tabela acima estão os valores e percentuais que correspondem aos dados coletados.

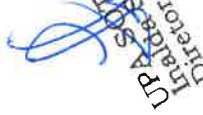
Salientando que as falhas apresentadas, já estão sendo trabalhadas com o CCIH /Ed. Continuada para que não volte a reocorrer.

A partir dessa avaliação, foi calculado um percentual que nos permitirá identificar áreas específicas que necessitam de intervenção e situações que impactam diretamente na segurança dos pacientes. A coleta e análise desses dados são fundamentais para a identificação de riscos e a implementação de medidas corretivas. Para abordar as questões identificadas, 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.

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

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

PLANO DE AÇÃO 5W2H							
5W				2H			
O QUÊ?	PORQUE?	ONDE?	QUEM?	QUANDO?	COMO?	QUANTO CUSTA	STATUS
- Corrigir falhas no processo de identificação por pulseira -Corrigir falhas na identificação dos acessos venosos periféricos (AVP) - Corrigir falhas na identificação da placa beira leito	- Garantir a segurança do paciente e evitar eventos adversos - Para garantir segurança do paciente e evitar uso indevido do acesso - Garantir segurança, rastreabilidade e continuidade do cuidado	- Todos os setores assistenciais da instituição -Todas as unidades assistenciais onde há manipulação de AVP - Todas os setores assistenciais	- Todos os membros da equipe de Enfermagem e recepção - Equipe de enfermagem ,coordenação de enfermagem e segurança do paciente - Equipe de enfermagem , segurança do paciente, recepção	Imediata mente após a detecção da falha, com monitora mento contínuo - Ações preventiv as contínuas Imediata mente após a identificação da falha com ações contínuas	- Por meio de revisão do protocolo, capacitação e auditorias regulares - Realizar treinamentos periódicos - Padronização das placas , auditorias frequentes, capacitação da equipe	- Baixo custo (principalmente treinamento e reimpressão das pulseiras - Baixo custo (principalmente material de identificação e capacitação) - Custo baixo (impressão)	- Correção Imediata - A realizar - Correção imediata


 UPA SQUATAG
 Tradadores
 Diretora Geral

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

Ao analisarmos a Tabela 2, abaixo, observamos que ocorreu 27 **QUASE ERRO** e 01 **INCIDENTE COM DANO** no mês de setembro. Esse dado reflete uma falta de atenção as normas padronizadas . A gestão eficaz de incidentes, incluindo a notificação e análise desses eventos adversos, é fundamental para aprimorar a segurança do paciente e prevenir futuras ocorrências. 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.

TABELA 2

CARACTERIZAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO E NÃO CONFORMIDADE	NÚMERO
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO (situação em que houve potencial risco de dano ao paciente mas não ocorreu incidentes)	00
QUASE ERRO (incidente que é evitado antes de atingir o paciente)	27
INCIDENTE SEM DANO (um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano)	00
INCIDENTE COM DANO - Evento Adverso (incidente que resulta em dano ao paciente)	01
NÃO CONFORMIDADE	00
TOTAL	28


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


UPA SGTAVE
 Coordenadora Danisa
 Tenório
 CPF nº 95728

UPA SGTAVE
 Inalda Santos
 Diretora Geral



GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

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



000061

Área Emitente: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Epidemiologia	Responsável pela Emissão: Danielly Carneiro	Data da Emissão: 06/10/2025
---	--	--------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Planejamento de ações da Comissão e Estratégias de treinamentos.	REDATOR: Danielly Carneiro	DATA: 06/10/2025	INÍCIO: 14h30min	TÉRMINO: 15h30min
---	-------------------------------	---------------------	---------------------	----------------------

PAUTA

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

PARTICIPANTES

NOME	STATUS (presente/ausente)	ASSINATURA
Antônio Marcelo C. Carvalho Junior	Presente	
Sandra Simone da Silva Magalhães	Ausente	
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	
Thaiany Fernandes da Silva Melo	Presente	
Paulo Carvalho	Presente	
Gisele de Oliveira B. Tenório	Presente	
Luciana Serpa	Ausente	
Ivana Barbosa	Presente	
Larissa Oliveira	Presente	

ATA DA REUNIÃO

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

UPA SOTAVE
Larissa Sotave
Diretora Geral

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

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

No mês de setembro de 2025, realizamos um levantamento das necessidades de treinamentos (LNT) e observamos que seria necessário realizar alguns treinamentos. No eixo de capacitações e treinamentos técnicos, foi ofertado a capacitação – referente a lesão por pressão (LPP) e o fluxo dos materiais de sinais vitais para casos de isolamento.

No campo da sustentabilidade, continuaremos com as ações educativas sobre reciclagem, onde iremos trabalhar a conscientização da coleta de descartes de metal. Continuaremos com fluxo definitivo de 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.

Daremos continuidade nesse processo de aprendizado durante as visitas diárias multidisciplinar e no momento do Huddle. Mantivemos as visitas aos setores para evidenciar e orientar o cumprimento das medidas de controle de infecções, utilizando como ferramenta 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.

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

Relatório de Atividades – CCIH

1. Treinamento referente ao fluxo dos equipamentos SSV no acolhimento a pacientes em situação de isolamento.

Realizamos treinamento “In LOCO” com a equipe de enfermagem.

- Prevenção;
- Critérios para retirada, higienização e devolução;
- Erradicar os riscos em relação a infecção cruzada;

Esse fluxo tem como objetivo prevenir a possibilidade de acontecer infecção cruzada e o manejo adequado de casos, contribuindo para o controle epidemiológico e a segurança dos pacientes.

2. Elaboramos indicadores referente as notificações compulsórias de doenças, eventos e agravos.

Nesse primeiro momento iremos abordar alguns indicadores

- O total de notificações realizadas por mês;
- Indicadores referente ao tipo de doença por mês;

3. Ações referente ao mês de setembro:

- Lavagem das mãos; disponibilizamos suporte de bolsa com álcool em gel.
- Adornos zero; disponibilizamos suporte para objetos pessoais.
- Reciclagem de metal e embalagem plásticas de soro; informações” IN LOCO”
- Lesão por pressão (LPP). Em todos os leitos da unidade tem comunicação visual na orientação de mudança de decúbito.

UPA SOLANGE
Fátima Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

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



03/03/2024

1. AÇÕES DESENVOLVIDAS

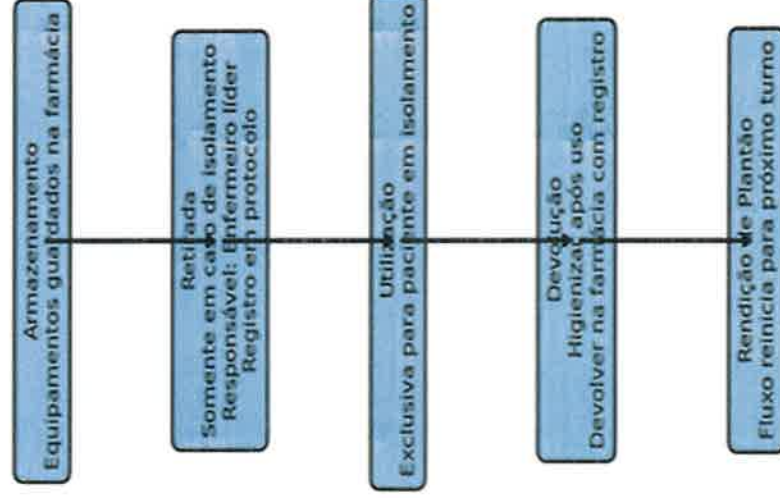
ATIVIDADE- 01

ATIVIDADE DIVERSA: Treinamento “IN LOCO” referente ao fluxo dos equipamentos de SSVV em casos de paciente em isolamento.

TEMÁTICA: Evitar os riscos de infecção cruzada

PÚBLICO ALVO: Equipe de enfermagem

Fluxo de Utilização de Equipamentos - Pacientes em Isolamento



UPA S3
Inês Santos
Diretora Geral



RELATÓRIO MENSAL

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



ATIVIDADE- 02

ATIVIDADE DIVERSA: Indicadores referente as Notificações Compulsórias - NC.

TEMÁTICA: N.C de doenças, eventos e agravos- período de setembro de 2025.

PÚBLICO ALVO: Todos os colaboradores

DOENÇAS, EVENTOS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - SETEMBRO 25									
Violência Interpessoal	3								
Acidentes Animais Peçonhentos		5							
Síndrome Gripal			24						
Acidente de trabalho				4					
Intoxicação Exógena					1				
Dengue						2			
Meningite							0		
Tuberculose									2

ATIVIDADE -03

ATIVIDADE DIVERSA: BLITZ- Ação referente a lavagem das mãos.

TEMÁTICA: BLITZ – Não dê passagem a infecção, lave as mãos

PÚBLICO ALVO: Colaboradores.



ATIVIDADE- 04

ATIVIDADE DIVERSA: Reciclagem mensal mês de setembro.

TEMÁTICA: Reciclagem referente a METAL

PÚBLICO ALVO: Todos os colaboradores

UPA S3
Instituto de Saúde
Diretora Geral

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



ATIVIDADE- 05

ATIVIDADE DIVERSA: Reciclagem de embalagem de SORO disponibilizada nos setores.

TEMÁTICA: Conscientização referente ao descarte correto.

PÚBLICO ALVO: Todos os colaboradores



ATIVIDADE- 06

ATIVIDADE DIVERSA: Adornos NR 32

TEMÁTICA: “O Melhor Acessório é a Proteção”, reforçando a importância da NR-32 e do cuidado seguro no ambiente de trabalho.

PÚBLICO ALVO: Todos da assistência.


UPA Jaboatão
Direção Geral



ATIVIDADE- 07

ATIVIDADE DIVERSA: Lesão por pressão (LPP)

TEMÁTICA: Mudança de decúbito

PÚBLICO ALVO: Equipe de enfermagem



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

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

ANEXO- 1

BUNDLE – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE N° 1

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

REGISTRO: _____

PACIENTE(A) AVALIADO(A): _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____ 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?				



RELATÓRIO MENSAL

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



000000

ANEXO - 2

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:			

UNIAO SANTARÉM
Diretora Geral

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

ANEXO - 3

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	

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

ANEXO- 4

Este Check List faz parte do fluxo diário, portanto continuará sendo apresentada nesse relatório.

Auditoria de Lavagem das Mãos

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: _____		

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

AÇÕES REALIZADAS:

Durante o mês de setembro de 2025 realizamos 02 Treinamentos e 04 Eventos. Estes serão acompanhados diariamente no processo de visitas multidisciplinar e discutidos nas reuniões mensais das comissões.

2. NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

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

Relatório de Notificações Compulsórias – Setembro

Durante o mês de setembro, foram registradas 45 notificações compulsórias em nossa unidade. Observou-se maior frequência relacionada a sintomas gripais, tivemos registros das demais notificações em números menores comparado aos meses anteriores: acidentes de trabalho, violência interpessoal, acidentes com animais peçonhentos, atendimentos anti-rábicos, intoxicação exógena e hepatite B. além de notificações de suspeitas de tuberculose e monkeypox. Que foram notificadas e comunicadas ao CIEVS antes de 24h.

Em relação a outras condições de relevância epidemiológica, como sífilis, HIV, dengue e demais agravos, não foram registrados casos no período.

O gráfico a seguir apresenta de forma detalhada a distribuição das notificações realizadas, reforçando a importância da vigilância contínua e do preenchimento adequado das fichas para monitoramento e ações preventivas.



GESTÃO EM SAÚDE

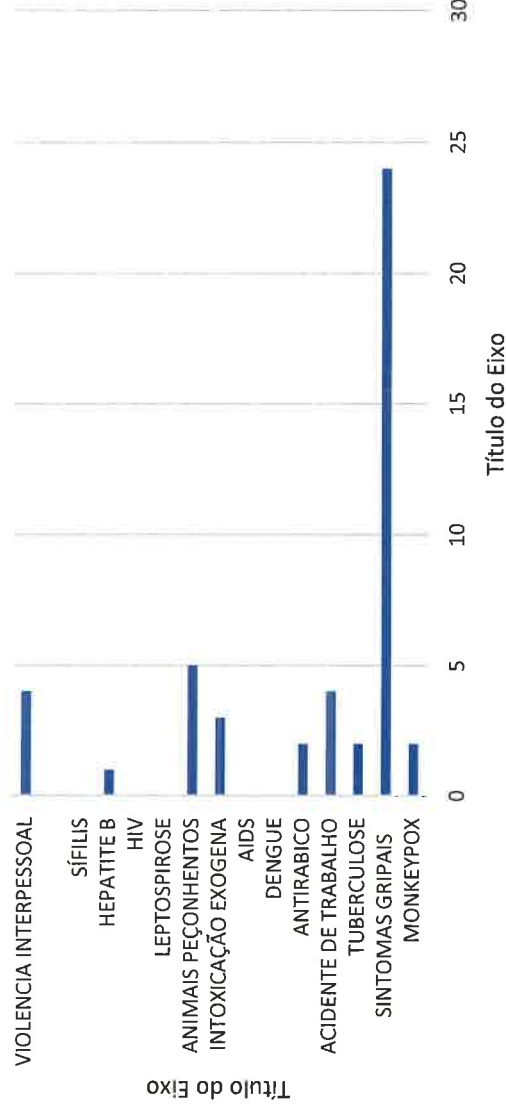
RELATÓRIO MENSAL

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



0.00073

EVENTOS E AGRAVOS DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS- UPA SOTAVE



Notificações compulsórias referentes ao mês de setembro de 2025

Jaboatão dos Guararapes, 06 de setembro de 2025.


Danielly Tomaz de Mendonça


Coordenador(a) de Saúde

DANIELLY TOMAZ DE MENDONÇA

UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inálda Santos
Diretora Geral

Relatório Circunstancial do Serviço Social UPA SOTAVE – SETEMBRO/2025

0.00074

No mês de setembro, o Serviço Social desta unidade atuou de forma multidisciplinar, atendendo e encaminhando pacientes que não tinham perfil do serviço, afim de garantir a continuidade da assistência de acordo com os princípios do SUS. Nessa perspectiva, os pacientes receberam orientações e informações sobre o acesso à rede de suporte e retaguarda do Município, bem como, outros serviços especializados, considerando que estes 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 DST, 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 setembro, ações importantes foram realizadas com o objetivo de promover a saúde mental, o bem-estar e a saúde integral da comunidade. O mês foi marcado por iniciativas dedicadas à conscientização, prevenção e educação, com ênfase em questões fundamentais para a saúde emocional, psicológica e cardiovascular.

Aproveitando a campanha do Setembro Amarelo, mês dedicado à prevenção do suicídio e à valorização da vida, foram promovidas salas de espera com foco na conscientização sobre a saúde mental, abordando os sinais de alerta, fatores de risco e formas de buscar ajuda. A ação teve como objetivo alertar a população sobre a importância de falar sobre o tema, oferecer suporte emocional e fortalecer a rede de apoio para aqueles que enfrentam momentos de sofrimento psicológico. Além das salas de espera, o Serviço Social junto com os demais colaboradores participou de rodas de conversa ministradas pelo Dr. Izaac

Andersein, especialista em saúde mental, debatendo a importância de cuidar da saúde emocional e psicológica. As ações buscam sensibilizar tanto a população quanto os profissionais da unidade sobre os efeitos da depressão, ansiedade e outras condições que podem levar ao suicídio. Foi destacada a necessidade de empatia, escuta ativa e apoio mútuo, incentivando as pessoas a falarem sobre suas emoções, quebrando tabus e estigmas que ainda cercam a saúde mental. Também foi reforçado o papel fundamental das redes de apoio — familiares, amigos e profissionais de saúde — na prevenção do suicídio e no fortalecimento da autoestima e da qualidade de vida.

Paralelamente, em alusão ao Setembro Vermelho, mês da prevenção das doenças do coração, também realizamos salas de espera com foco na saúde cardiovascular, abordando temas como alimentação saudável, prática regular de atividade física, controle da pressão arterial e do colesterol, além da importância de check-ups médicos periódicos. Essas orientações visaram estimular hábitos de vida mais saudáveis e conscientizar sobre a prevenção de doenças cardíacas, que são uma das principais causas de morte no país.

Essas mobilizações reafirmaram o compromisso da Unidade de Pronto Atendimento com a promoção da saúde em sua totalidade e com a educação preventiva. Ao longo do mês, buscamos fortalecer a conscientização e o cuidado com a saúde física e emocional, oferecendo informações, apoio e recursos para construir uma comunidade mais acolhedora, solidária e comprometida com o bem-estar e a dignidade de cada indivíduo.

0000076



TOTAL DE AÇÕES DO MÊS DE SETEMBRO

ATIVIDADES	NÚMERO DE AÇÕES DO MÊS
ATENDIMENTO SOCIAL (CLASSIFICAÇÃO AZUL)	45
DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE	18
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO	3
OBITO (acolhimento e orientações)	4
NOTIFICAÇÕES A REDE SOCIOASSISTENCIAL	1
NOTIFICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR	1
ATENDIMENTOS DIVERSOS	1.125
CÓPIA DE PRONTUÁRIO (ENTREGA AO PACIENTE)	3
SALA DE ESPERA (AÇÕES DE SAÚDE)	240
ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO DO PEP	11
NOTIFICAÇÕES	9
TOTAL DE AÇÕES DO MÊS	1.460

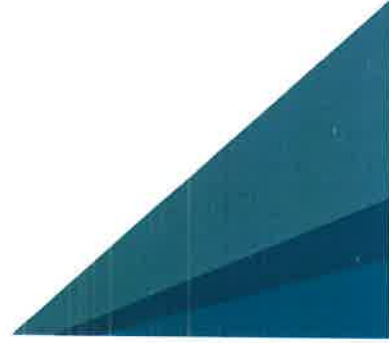
Renato Francelino
Assistente Social
CRESS-PE 13.545

Renato Francelino

RENATO FRANCELINO
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS 13.545

CPA-S3
Háldia Soares
Diretora Geral

ANEXO II



[Handwritten Signature]
UPA SOTAVento
Líder de Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	 JABOATÃO
--	---	---

9Área Emitente: Educação Permanente	Responsável pela Emissão: Danielly Carneiro	Data da Emissão: 06/10/2025
--	--	--------------------------------

TIPO DE REUNIÃO: Reunião de planejamento das ações do Núcleo de Educação Permanente	REDATOR: Danielly Carneiro	DATA: 06/10/2025	INÍCIO: 14h30m in	TÉRMINO: 15h30min
---	---	----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Planejamento das Ações do Núcleo de Educação Permanente

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (presente/ausente)	ASSINATURA
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Presente	Danielly carneiro
Sandra Simone da Silva Magalhães	Presente	Thaiane
Thaiany Fernandes	Presente	Paulo Carvalho
Paulo Carvalho	Presente	Thaiane
Larissa Oliveira	Presente	Vanessa Oliveira
Gisele de Oliveira B. Tenório	Presente	Thaiane
Ivana Barbosa	Presente	Ivana Barbosa

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	Supervisores

UPA SOARES
Tatiana Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
---	--	---

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 e 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.

1. Ações Educativas e de Conscientização

Durante o mês de setembro, foram desenvolvidas diversas ações com foco em prevenção, educação em saúde, capacitação técnica e melhoria de processos institucionais. Dentre as iniciativas realizadas, destaca-se a campanha setembro amarelo na prevenção ao suicídio, realizamos sala de espera conduzida pela equipe de Serviço Social durante o processo de acolhimento de pacientes e acompanhantes. A ação contou com a distribuição de panfletos informativos e orientações verbais sobre o tema abordado. Realizamos uma palestra referente a saúde mental com ênfase a prevenção e combate ao suicídio, ministrada pelo Dr. Izac Andersein, médico da nossa unidade que também é especialista em psiquiatria, realizamos dinâmicas junto ao RH, ministradas por João. Dando continuidade ao tema “Suicídio” o farmacêutico, Thalles nos apresentou o suicídio como saúde pública: estatísticas, fatores de risco e estratégias de prevenção.

Outra ação importante que realizamos foi referente ao setembro azul, onde reforçamos nosso fluxo e protocolo de acolhimento a pessoas com deficiência auditiva, além disso, realizamos atividades que envolveram os colaboradores, os momentos foram conduzidos pela a educação continuada da unidade UPA SOTAVE,


 UPA SOTAVE
 Thales Santos
 Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	 JABOATÃO
--	---	---

Continuamos com a nossa Pausa onde realizamos atividade laborais, que envolvem alongamentos e exercícios leves para estimular o bem-estar físico e mental.

No campo da sustentabilidade, continuaremos com as ações educativas sobre reciclagem, onde iremos trabalhar a conscientização da coleta de descartes de papéis, culminando na implantação do protocolo institucional de separação e destinação correta dos resíduos sólidos, com envolvimento da equipe multiprofissional. Neste mês será reciclado metal e embalagens de Soro(plástico).

Em relação às reuniões e avaliações internas, ocorreram encontros mensais das comissões de CCIH, Educação Continuada, Prontuários, Óbito e do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP). A avaliação de prontuários demonstrou bons níveis de conformidade nos campos de identificação do paciente e prescrições médicas. Para os pontos de não conformidade, foram propostas ações corretivas como treinamentos e implementação de checklists.

A pausa ativa segue com atividades diversas as 09h e as visitas multidisciplinares continuam sendo realizadas sempre as 10h, promovendo integração entre as equipes e melhorando a linha de cuidado. Destaca-se ainda a prática diária do Huddle que ocorre as 10:30h, uma reunião breve e estruturada com a equipe, que contribui para o alinhamento das atividades, fortalecimento da comunicação e planejamento das ações assistenciais. A metodologia do "FIQUE ATENTO", continua sendo aplicado a cada 15 dias com temas relevantes onde reforçamos os treinamentos aplicados ou conhecimentos prévios de futuros treinamentos. E este mês o tema é Lavagem das Mãos.

Em nosso calendário mensal tivemos as reuniões com o PROADI-SUS, alinhando os protocolos que estão sendo aplicado para a equipe de enfermagem, assistente social e equipe médica. Também participamos da Palestra, integra, referente a meta 6 onde foram apresentados os riscos de queda e lesão por pressão (LPP). Continuamos com os treinamentos relacionados ao sistema QUALIEX, dando continuidade aos documentos específicos da unidade, como: comissões de regimentos, portarias, protocolos, indicadores, planos de contingência e outros.

Vivenciamos reuniões que ocorrem mensalmente com NEPH E NQSP, onde tratamos sobre o alinhamento do calendário mensal e as ações que terão prioridades no mês.


TPA SCAVALHE
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
---	--	---

Em relação a capacitação e reciclagem dos fluxos na unidade, realizamos com a equipe de ASG, orientações “IN LOCO” sobre: os cuidados no processo de higienização e utilização dos saneantes químicos. Implantamos o fluxo de acolhimento a pacientes com suspeita de infarto agudo no miocárdio (IAM), para os colaboradores da recepção, portaria, maqueiro e assistente social, onde participaram do Fórum Sprint Nacional com foco em IAM e estruturação da rede de atenção, ampliando o olhar aos cuidados cardiovascular, o evento disponibilizou de certificados e para ampliar o cuidado para o fluxo de IAM, realizamos treinamentos para 100% da equipe abordada.

Dando continuidade ao fluxo de acolhimento a pessoas com deficiência auditiva, realizamos treinamentos para alinhar o protocolo da unidade em específico aos colaboradores da recepção, portaria, maqueiro, técnicos de enfermagem, enfermeiros e assistente social.

O farmacêutico, Thallys Arthur ainda no cenário do setembro amarelo nos apresentou uma temática importante: O suicídio como questão de saúde pública: estatísticas, fatores de risco e estratégias de prevenção.

Em relação aos cuidados a prevenção das infecções cruzadas, realizamos a ação da lavagem das mãos, envolvendo pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Encerramos o mês com eventos institucionais que promoveram integração e valorização da equipe, incluindo os aniversariantes do mês. O período foi marcado por diversas ações educativas, técnicas e de gestão, com foco em segurança do paciente, educação continuada, adesão a protocolos e melhoria contínua da qualidade. A colaboração entre as equipes foi essencial para o bom andamento das atividades e fortalecimento da cultura de segurança e cuidado humanizado.


 Talda Santos
 Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	---	---

AÇÕES DESENVOLVIDAS – SETEMBRO/2025

ATIVIDADE- 01

ATIVIDADE DIVERSA: No mês de SETEMBRO AMARELO, realizamos a sala de espera sobre a prevenção ao suicídio e valorização da vida.

TEMÁTICA: Esclarecer a população sobre os sinais importantes e onde pedir ajuda.

PÚBLICO ALVO: Acompanhantes e pacientes



ATIVIDADE- 02

ATIVIDADE DIVERSA: No mês de SETEMBRO AMARELO, realizamos uma roda de conversa sobre a prevenção ao suicídio e valorização da vida. Ministrada pelo Dr. Izac Andersein.

TEMÁTICA: Esclarecer aos colaboradores sobre os sinais importantes e onde pedir ajuda.

PÚBLICO ALVO: Acompanhantes e pacientes



 S3 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	 JABOATÃO
---	--	---



ATIVIDADE- 03

ATIVIDADE DIVERSA: No mês de SETEMBRO AZUL, mês de valorização da cultura surda, da LIBRAS e da educação bilingue.

TEMÁTICA: A importância em acolher pessoas surdas na unidade de saúde.

PÚBLICO ALVO: Acompanhantes e pacientes



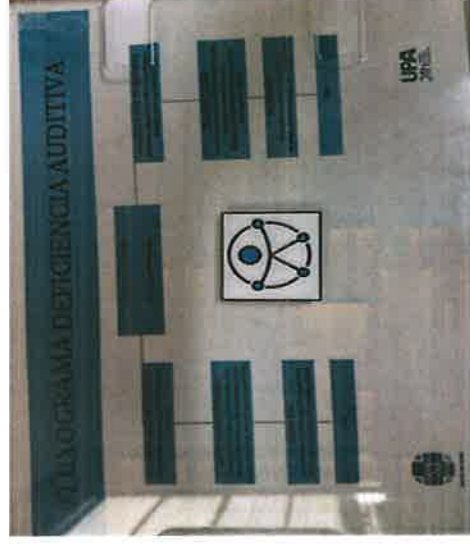
 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	---	---

ATIVIDADE - 04

ATIVIDADE DIVERSA: Treinamento “IN LOCO” referente ao acolhimento a pessoas surdas.

TEMÁTICA: Apresentação do protocolo e fluxo em relação ao acolhimento a pessoa surda com ou sem intérprete.

PÚBLICO ALVO: Colaboradores da recepção, portaria, maqueiro e assistente social.



ATIVIDADE - 05

ATIVIDADE DIVERSA: Reciclagem de embalagem de SORO disponibilizada nos setores.

TEMÁTICA: Conscientização referente ao descarte correto.

PÚBLICO ALVO: Todos os colaboradores



 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	--	---

ATIVIDADE-06

ATIVIDADE DIVERSA: HUDDLE.

TEMÁTICA: Reunião rápida e informal que ocorre de segunda à sexta entre todos os líderes da unidade.

PÚBLICO ALVO: Lideranças



ATIVIDADE- 07

ATIVIDADE DIVERSA: Reciclagem mensal mês de setembro.

TEMÁTICA: Reciclagem referente a METAL

PÚBLICO ALVO: Todos os colaboradores



 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	---	---

ATIVIDADE-08

ATIVIDADE DIVERSA: PROADI-SUS – reunião mensal

TEMÁTICA: Referente aos fluxos inseridos na unidade, SEPSE, IAM E AVC

PÚBLICO ALVO: Lideranças.



ATIVIDADE-09

ATIVIDADE DIVERSA: Reunião - NEPH- NQSP-

TEMÁTICA: Definir quais documentos será inserido no sistema e o uso da Microsoft Teams nas unidades e alinhamento referente ao calendário mensal e as ações que serão abordadas no mês seguinte.

PÚBLICO ALVO: Lideranças.




 UPA SOLANGE
 Ingrida Santos
 Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	---	---

ATIVIDADE - 10

ATIVIDADE DIVERSA: Reunião referente as comissões constituídas.

TEMÁTICA: Comissões de Óbito e Prontuários, Farmácia, CCIH, Ed. Continuada e NQSP.

PÚBLICO ALVO: Lideranças



ATIVIDADE- 11

ATIVIDADE DIVERSA: INTEGRAÇÃO para novos colaboradores

TEMÁTICA: Acolhimento, apresentação da identidade institucional, código de ética, fluxos, entre outros.

PÚBLICO ALVO: RH, CCIH, Coordenação de enfermagem



0.00088

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	--	---

ATIVIDADE - 12

ATIVIDADE DIVERSA: Visita multidisciplinar

TEMÁTICA: Acontece de segunda a sexta para alinhar os desfechos dos pacientes na unidade.

PÚBLICO ALVO: CCIH, Enfermeiro, Assistente social; Supervisora, Nutricionista e Farmacêutico.



ATIVIDADE - 13

ATIVIDADE DIVERSA: PROADI-SUS relato de caso.

TEMÁTICA: Processo de aquisição de Trombolítico

PÚBLICO ALVO: Liderança



UPA S3 Jaboatão
Inês Sérios
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	---	---

ATIVIDADE - 14

ATIVIDADE DIVERSA: Treinamento “IN LOCO” Colagenase, multidoses e outros

TEMÁTICA: Fluxo para pedidos de materiais da farmácia.

PÚBLICO ALVO: Equipe de enfermagem



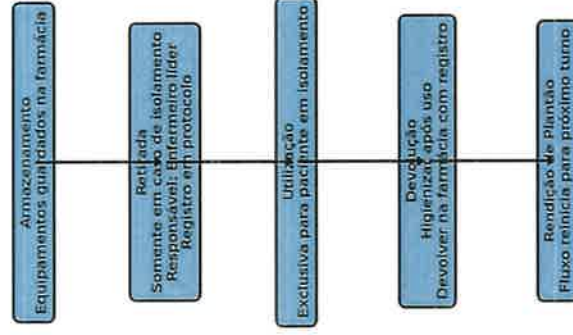
ATIVIDADE - 15

ATIVIDADE DIVERSA: Treinamento “IN LOCO” – Materiais para sinais vitais

TEMÁTICA: Fluxo para retirada e entrega de matérias ‘para SSVV em casos de isolamento.

PÚBLICO ALVO: Todos os colaboradores

Fluxo de Utilização de Equipamentos - Pacientes em Isolamento



UPA S3
Inês Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	---	---

ATIVIDADE -16

ATIVIDADE DIVERSA: 4º amostra Estadual de experiências exitosas em qualidade e segurança do paciente das SES PE. – A unidade esteve presente com dois trabalhos exitosos que foram desenvolvidos e implementados pelos profissionais da unidade.

TEMÁTICA: Eixo temático: Equidade, inclusão, diversidade e acessibilidade. Tema: acolhimento de pessoas com deficiência auditiva na UPA SOTAVE: comunicação inclusiva para segurança do paciente. Eixo temático: assistência à saúde. Tema: controle e rastreabilidade de medicamentos trazidos de casa por pacientes na UPA SOTAVE: prevenção da automedicação e promoção da segurança medicamentosa.

PÚBLICO ALVO: Lideranças



ATIVIDADE -17

ATIVIDADE DIVERSA: Selo lilás – reconhecimento do Estado da Bahia para a gestão S3 em saúde, anexado em todas as unidades da O.S.

TEMÁTICA: Empresa que tem um percentual acima de 60% feminino em cargos de liderança

PÚBLICO ALVO: colaboradoras da unidade.



UPA SOTAVE
Inalda Soares
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	--	---

ATIVIDADE -18

ATIVIDADE DIVERSA: Pausa ativa.

TEMÁTICA: Dinâmicas, atividades laborais entre outros.

PÚBLICO ALVO: Todos os colaboradores



ATIVIDADE -19

ATIVIDADE DIVERSA: Treinamento referente a Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

TEMÁTICA: Sinais e Sintomas de alerta.

PÚBLICO ALVO: Portaria, Recepção, Maquero, Assistente social, Enfermeiros da classificação de risco.



 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	---	---

ATIVIDADE -20

ATIVIDADE DIVERSA: Treinamento referente ao fluxo e protocolo para acolhimento das pessoas com deficiência auditiva.

TEMÁTICA: Reciclagem de sinais e sintomas específico para área de saúde em libras e datilologia (alfabeto manual).

PÚBLICO ALVO: Todos os colaboradores.



ATIVIDADE -21

ATIVIDADE DIVERSA: BLITZ- Ação referente a lavagem das mãos.

TEMÁTICA: BLITZ – Não de passagem a infecção lave as mãos

PÚBLICO ALVO: Colaboradores.



0.0033

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL	
	EDUCAÇÃO PERMANENTE	

ATIVIDADE -22

ATIVIDADE DIVERSA: INTEGRA S3 SAÚDE.

TEMÁTICA: Referente aos cuidados relacionados a Lesão por pressão - LPP

PÚBLICO ALVO: Colaboradores



ATIVIDADE -23

ATIVIDADE DIVERSA: Adornos ZERO- NR 32.

TEMÁTICA: “O Melhor Acessório é a Proteção”, reforçando a importância da NR-32 e do cuidado seguro no ambiente de trabalho.

PÚBLICO ALVO: todos da assistência.



UPA S3 SAÚDE
Tribal Santos
Diretora Geral

 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	---	---

ATIVIDADE -24

ATIVIDADE DIVERSA: PROADI-SUS - setembro vermelho.

TEMÁTICA: Mês da prevenção das doenças do coração.

PÚBLICO ALVO: todos os colaboradores



ATIVIDADE -25

ATIVIDADE DIVERSA: Aniversariante do mês.

TEMÁTICA: Momento de comemoração entre os colaboradores.

PÚBLICO ALVO: todos os colaboradores



 GESTÃO EM SAÚDE	RELATÓRIO MENSAL EDUCAÇÃO PERMANENTE	
--	---	---

ATIVIDADE -26

ATIVIDADE DIVERSA: setembro amarelo, Palestra ministrada pelo farmacêutico Thalles.

TEMÁTICA: :O suicídio como questão de saúde pública: Estatísticas, fatores de risco e estratégias de prevenção



Cronograma de Capacitação e Conscientização – SETEMBRO 2025

Em setembro de 2025, nossa equipe se dedicou a um robusto cronograma de capacitação, alcançando 100% dos profissionais com o objetivo de aprimorar a qualidade no atendimento ao cliente. Este mês será marcado por uma série de treinamentos, dinâmicas e ações de conscientização, promovendo um ambiente de aprendizado e colaboração. Tivemos 09 treinamentos, 09 eventos, 06 reuniões.

Este cronograma não apenas busca capacitar nossa equipe, mas também promover um ambiente saudável e colaborativo, essencial para a qualidade no atendimento ao cliente. Cada atividade foi cuidadosamente planejada para atender às necessidades dos profissionais e para fomentar um espírito de equipe e empatia, especialmente em um mês dedicado à conscientização sobre a saúde. Vamos juntos fazer de um mês de aprendizado e crescimento.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de outubro de 2025.


Danielly Carneiro
 Coordenadora de Educação Permanente,
 Núcleo de Educação Permanente

DANIELLY TOMAZ CARNEIRO
 Enf. Núcleo Educação Permanente.


UPA S3
 Thalida Santos
 Diretora Geral

07.0006

ANEXO III

UPA SOTAVE
Hilda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335 contato@s3saude.com.br

Gerenciamento de Resíduos - PGRSS

UPA SOTAVE

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

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

Os resíduos do Serviço de Saúdes gerados nas dependências da UPA, foram caracterizados conforme RDC N° 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.

0.000000



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.



UdA
SANTOS
Diretora Geral

GRUPO E – Caixas de perfuro cortante tipo Descartex.

0.00093



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.

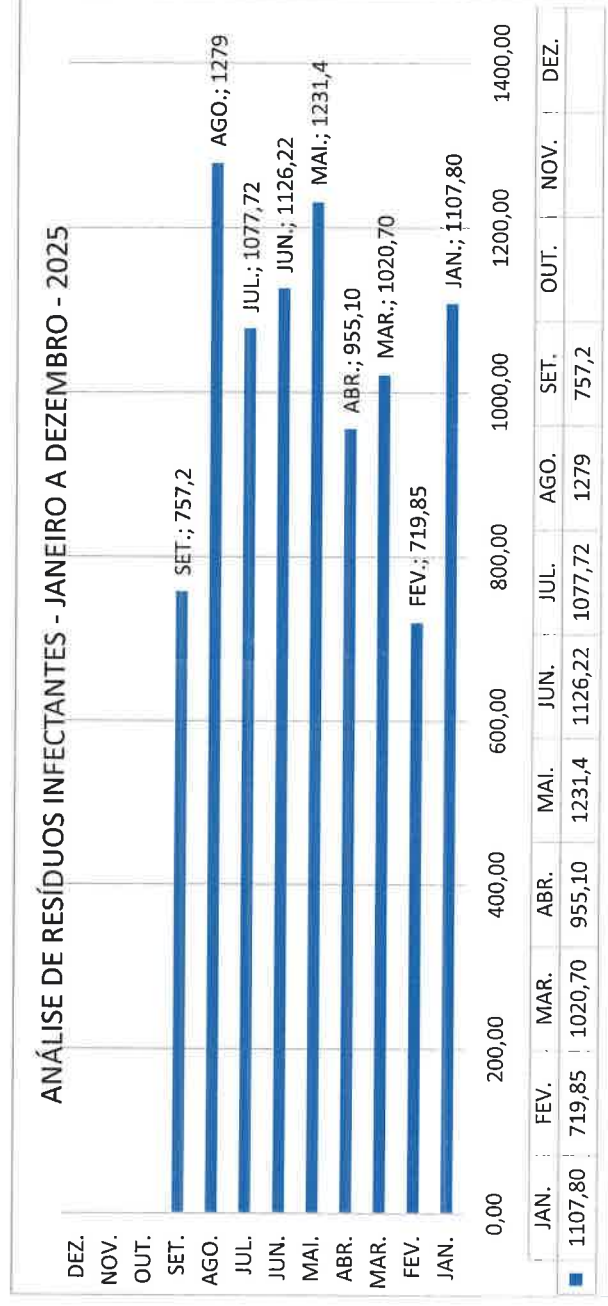


Produção de resíduos do mês setembro de 2025:

0.00100

Conforme os dados abaixo, verificamos que em setembro de 2025 foram produzidos e gerenciados **757,20kg** de lixo infectados.

COLETA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS — SETEMBRO/2025		
BOMBONAS COLETADAS	PESO LÍQUIDO (KG)	DATA
4	99,2	01/09/2025
3	37,5	03/09/2025
2	35,4	05/09/2025
5	107,5	08/09/2025
6	142	15/09/2025
2	47,4	17/09/2025
3	52,9	19/09/2025
4	84,9	22/09/2025
2	44	24/09/2025
3	63,5	26/09/2025
2	42,9	29/09/2025
36	757,2	



UPA SOTAVE
Paulo Carvalho
Supervisor Administrativo

UPA SOTAVE
Diretora Geral

0.00101

ANEXO IV

UPA SOTAVE
Eralda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335

contato@s3saude.com.br

RELATÓRIO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

UPA – SOTAVE

Setembro/2025

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

Para atingir maior eficiência e eficácia na administração de uma edificação ou de um conjunto de edificações, é necessária uma abordagem fundamentada em procedimentos organizados em um sistema na gestão da manutenção, seguindo 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 setembro/2025, foram realizadas as seguintes atividades: Substituição de uma descarga hidra, no banheiro do raio-x; Polimentos de piso, hall administrativo e corredor central; Instalação de armários suspensos na sala de RH, Direção, refeitório, DML2 e odontologia; Manutenção nos bebedouros, dos ventiladores; Manutenção preventiva dos Ar condicionados; Pintura na sala amarela masculina; Soldagem em um trio de cadeiras longarinas da recepção; Capinação na área lateral da UPA, Substituição da dobradiça na sala vermelha 1.


UPA SOTAVE
Prédio Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: substituição de descarga hidra — banheiro do raio-x.	SERVIÇO: substituição de descarga hidra — banheiro do raio-x.
DATA DE EXECUÇÃO: 02/09/2025	DATA DE EXECUÇÃO: 02/09/2025
STATUS ATUAL: antes	STATUS ATUAL: concluído
	

SERVIÇO: polimento de piso no hall administrativo	SERVIÇO: polimento de piso no corredor central
DATA DE EXECUÇÃO: 02/09/2025	DATA DE EXECUÇÃO: 02/09/2025
STATUS ATUAL: concluído	STATUS ATUAL: concluída
	

SERVIÇO: instalação de um armário suspenso no DML1	SERVIÇO: manutenção nos bebedouros da UPA
DATA DE EXECUÇÃO: 04/09/2025	DATA DE EXECUÇÃO: 08/09/2025
STATUS ATUAL: concluído	STATUS ATUAL: concluído
	

SERVIÇO: manutenção dos ventiladores	SERVIÇO: manutenção preventiva dos ares condicionados
DATA DE EXECUÇÃO: 12/09/2025	DATA DE EXECUÇÃO: 12/09/2025
STATUS ATUAL: concluído	STATUS ATUAL: concluído
	

UPA Jaboatão
Inês Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: pintura na sala amarela masculina	SERVIÇO: soldagem em um trio de cadeiras longarinas da recepção
DATA DE EXECUÇÃO: 16/09/2025	DATA DE EXECUÇÃO: 17/09/2025
STATUS ATUAL: concluído	STATUS ATUAL: concluído
	

SERVIÇO: capinação na área lateral da UPA	SERVIÇO: capinação na área lateral da UPA
DATA DE EXECUÇÃO: 18/09/2025	DATA DE EXECUÇÃO: 18/09/2025
STATUS ATUAL: antes	STATUS ATUAL: depois
	

UPA Jaboatão
Ingrid Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: substituição da dobradiça na sala vermelha 1	SERVIÇO: instalação dos armários suspensos – sala da odontologia
DATA DE EXECUÇÃO: 24/09/2025	DATA DE EXECUÇÃO: 29/09/2025
STATUS ATUAL: concluído	STATUS ATUAL: depois
	

UPA SOTAVE

Paulo Carvalho
Supervisor Administrativo

UPA SOTAVE

Inês Santos
Diretora Geral

ANEXO V


TPA SOTAVento
Lídia Santos
Diretora Geral



ORGANIZADO EM SAÚDE



JABOATÃO



UPA SOTAVE

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

set/26

NOME	CONSELHO																														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	

		N (19:00 AS 07:00)												MT (07:00 AS 17:00)												Lenda																																			
		AD (08:00 as 17:00)												M (07:00 as 13:00)												T (13:00 as 19:00)												L = Licença																							
		F = Férias												F = Férias												F = Férias												F = Férias																							
		N												N												N												N												N											
37	CASSIA ALVES DOS SANTOS	591116												N												N												N												N											
36	LEIDJANE DA SILVA DOMINGOS	1323384												N												N												N												N											
35	KAROLINA ROCHA DE PAULA	216936												N												N												N												N											
34	ELIVANIA ALVES XAVIER	691559												N												N												N												N											
33	RILZO KELLES SANTOS BENEDITO	938115												N												N												N												N											
32	RITA DE CASSIA ALVES S VIEIRA	458704												N												N												N												N											
31	MARIA ELAINE DE OLIVEIRA	518367												N												N												N												N											
30	ROSILEIDE GALVAO L NASCIMENTO	867879												N												N												N												N											
29	ZILANDIA RODRIGUES DE FRANCA	655605												D												D												D												D											
28	TALITA MARIA SILVA DE OLIVEIRA	2014606												D												D												D												D											
27	DAVID FRANCISCO LARESTE	20344581												D												D												D												D											
26	DANILLO VICENTE MONTEIRO	1746567												F												F												F												F											
25	LIVIA HENRIQUE DOS SANTOS	2020689												D												D												D												D											
24	VITORIA LARISSA SILVA PACHECO	714189												D												D												D												D											
23	IVANILZA MARIA A DE AMORIM DOS SANTOS	565008												D												D												D												D											
22	DEGVAL JUNIOR DE OLIVEIRA MARTINS	1320552												D												D												D												D											
21	ABEL JOSÉ DOS SANTOS	292022												D												D												D												D											
20	NEIDE DA SILVA FERREIRA	374369												N												N												N												N											
19	ANA PAULA PEREIRA DE MENDONCA	116917												N												N												N												N											
18	ANDREZA MARIA DA SILVA ARUDA	1320552												N												N												N												N											
17	VALQUIRIA FERREIRA DA SILVA	724376												N												N												N												N											
16	IVONETE DE PAULA DAS NEVES	1013511												N												N												N												N											
15	NOEMIA M DOS SANTOS SILVA	16397215												N												N												N												N											
14	LEONARDO INACIO DE MEDEIROS	432607												N												N												N												N											
13	JACQUELINE SILVA DE CARVALHO	275511												N												N												N												N											
12	JENNIFER ALVES	1144419												D												D												D												D											
11	MARYSTELA BIONES DE LIMA	1652871												D												D												D												D											
10	KARLSON BARROS TRAJANO	420436												D												D												D												D											
9	ELISANGELA MARIA DA SILVA	981768												D												D												D												D											
8	HOGIA MARIA DA SILVA LUIZ	1970405												D												D												D												D											
7	MAURISIA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SANTANA	791189												D												D												D												D											
6	JACQUELINE FERREIRA DA SILVA	760872												L												L												L												L											
5	ADRYA KETILLY	2083448												D												D												D												D											
4	JOANA SOARES DE SOUZA TRAVASSOS	649956												D												D												D												D											
3	AURELICE MARIA BALBINO	531312												F												F												F												F											
2	BETÂNIA MARIA GOMES	374352												MT												MT												MT												MT											

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde

Coord./Resp. pelo Trabalho
UPA SOTAVE
Inalda Santos
Direção Geral

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Direção Geral
S3 Gestão em Saúde

111030



21485222

CONSELHO

set/25

5/25

UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

UPA SOTAVE
Paulo A. Velho
Coord./Respo. sêior de trabalho
Supervisor Administrativo

Challenger

050112

010113

Inalda Santos
Diretora Geral
UPA SOTAVE

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

Inalda Santos
Direção Geral
UPA SOTAVE
S3 Gestão em Saúde

Sandra Simões da S. Magalhães
Direção Assistencial
UPA SOTAVE

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

   		NOME		MAQUEIRO SETEMBRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
1	ALMIR VALENCIA DOS SANTOS	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	N	N	N	N	N



**SETEMBRO**[illegible]

5	CARLOS JOSE MOURA DA SILVA
---	----------------------------

L = Licence

M (07:00 às 13:00)

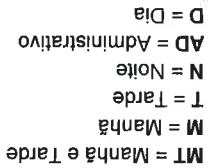
AD (08:00 às 17:00)	D (7:00 às 19:00)
---------------------	-------------------

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

Assistência Social
Unidade de Saúde
S3

Inalda Santos
Direção Geral

05114



Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

Direção Geral

~~Supervisor Administrativo~~
Coord./Resp. setor de trabalho

UPA SOTAVE

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

[illegible]

Inalga Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

Rafaela Nascimento
Nutricionista
Coord./EPM 34634
UPA 501TAVE

[illegible]

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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



   		NOME		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>CHM</td></tr><tr><td>S</td><td>T</td><td>Q</td><td>Q</td><td>S</td><td>S</td><td>D</td><td>S</td><td>T</td><td>Q</td><td>Q</td><td>S</td><td>S</td><td>D</td><td>S</td><td>T</td><td>Q</td><td>Q</td><td>S</td><td>S</td><td>D</td><td>S</td><td>T</td><td>Q</td><td>Q</td><td>S</td><td>S</td><td>D</td><td>S</td><td>T</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td></td></tr></table>																														1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM	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	S	D	S	T		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		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		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	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM																																																																																																																																																														
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	S	D	S	T																																																																																																																																																															
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																																																																																																																																																															
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																																																																																																																																																															
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																																																																																																																																																															
		Legenda		F = Férias																																																																																																																																																																																								
		MT (07:00 ÀS 17:00)		L = Licença																																																																																																																																																																																								
		N (19:00 ÀS 07:00)		D (7:00 ÀS 19:00)																																																																																																																																																																																								
		AD (08:00 ÀS 17:00)		T (13:00 ÀS 19:00)																																																																																																																																																																																								
				D (7:00 ÀS 19:00)																																																																																																																																																																																								

SUS
UPA SOTAVE
Direção Geral
Direção Assistencial
Sandra Magalhães

Inalda Santos
Direção Geral
UPA SOTAVE
S3 Gestão em Saúde

211300

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

UPA SOTAVE		Agentes de portaria		set/25	
CHM		CONSELHO			
1	ALLISSON MOURA	MT	MT	MT	MT
2	FRANCISCO VALBERIS	D	D	D	D
3	JOSÉ ELENILSON	D	D	D	D
4	THIAGO LINS	D	D	D	D
5	JOSÉ JONALVE	D	D	D	D
6	LEONARDO JOSÉ	N	N	N	N
7	JEFFERSON ROBERTO	F	F	F	F
8	ADRIANO VALENCIO	N	N	N	N
9	GLEBSON JONATAS	N	N	N	N
Legenda		F = Férias		L = Licença	
MT (07:00 AS 17:00)		M (07:00 às 12:00)		T (13:00 às 17:00)	
N (19:00 AS 07:00)		AD (08:00 às 17:00)		D (7:00 AS 19:00)	

UPA SOTAVE
Supervisor Administrativo
Coord./Resp. setor de trabalho
Direção Geral
Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde

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

Direção Geral

[Handwritten signature]

  			NOME			CONSELHO			Higienezação			set/25			CHM		
1	IRIS MARIA DA SILVA		MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT
2	SILVÂNIO JOSE		D		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
3	JANAINA DO NASCIMENTO		D		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
4	MIRIAN SAMAI		D		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
5	MÔNICA JANUÁRIO				D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
6	ANTÔNIO CARLOS		N		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
7	MIRIAM ALVES		N		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
8	MARIA DA CONCEIÇÃO LIMA				N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
9	JOSE MARCELO KELLYSSON DA SILVA																
			Legenda			F = Férias			L = Licença								
			MT (07:00 AS 17:00)			M (07:00 AS 12:00)			T (13:00 AS 17:00)								
			N (19:00 AS 07:00)			AD (08:00 AS 17:00)			D (7:00 AS 19:00)								

000110



JABOATÃO

[illegible]

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

Inálda Santos
Direção Geral

[Assinatura]

Inálda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

Sandra Magalhães
Diretor(a) Assis. Social
S3 Gestão em Saúde
S3 UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

02120

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

gestão em saúde			SUS			JABOATÃO			FARMACIA			set/25		
NOME			CONSELHO			CHM			FARMACIA			set/25		
Legenda			F = Férias			L = Licença			FARMACIA			set/25		
MT (07:00 às 17:00)			M (07:00 às 13:00)			T (13:00 às 19:00)			FARMACIA			set/25		
N (19:00 às 07:00)			AD (08:00 às 17:00)			D (7:00 às 19:00)			FARMACIA			set/25		
1	IVANA BARBOSA	3224	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2	CAMILA RODRIGUES PINTO	8439	D		D		D		D		D		D	
3	THALLYS SOARES	15218		D		D		D		D		D		D
4	ALYSON GERMANO DOS SANTOS	7414	D		D		D		D		D		D	
5	JACQUELINE SANTOS F. SILVA	9650	N		N		N		N		N		N	
6	PAMELA KARINNE F. SILVA	5416	N		N		N		N		N		N	
7	EMERSON CARNEIRO	9628		N		N		N		N		N		N
8	DANIEL PAZ		D		D		D		D		D		D	
9	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA SANTOS		D		D		D		D		D		D	
10	EZEQUIEL C. ARAÚJO		N		N		N		N		N		N	
11	ELVIS DOS SANTOS SILVA			N		N		N		N		N		N

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde

UPA SOTAVE
Coord. Farmácia
CRF/PF 03224
Coord./Resp. setor de trabalho

131330

[illegible]

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

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

Santa Margaridas
Direção Assistencial
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

Inalida Santos
Direção Geral

Inalida Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE



UPA - SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

0.0122



GESTÃO EM SAÚDE

0.00123



GESTÃO EM SAÚDE

UPA S3 SAÚDE
Dinalda Santos
Diretora Geral

www.s3saude.com.br



(71) 4105-1335 contato@s3saude.com.br