S3

GESTÃO EM SAÚDE

Mais de 70 anos de assistência

UPA SOTAVE

RELATÓRIO GERENCIAL

JUNHO/2026

CONTRATO Nº001/2022

Rosinalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

000001

SUMÁRIO

1. Introdução 03

2. Objetivo..... 04

3. Resumo Mensal..... 05

4. Atividade Assistencial Mensal..... 07

4.1 Planilha Resumida de Atendimentos, Classificação, Óbitos e Remoções diárias. 08

4.2 Planilha Resumida e gráfico dos Atendimentos por Classificação da Pediatria. 10

4.3 Planilha Resumida de Atendimentos Por Procedimentos Diários 11

4.4 Planilha Resumida e gráfico das Remoções de Pacientes Diário 13

4.5 Planilha de Atendimento Por Tipo De Resultado 16

4.6 Relatório de Atendimentos Por Cid 17

4.7 Gráfico de Atendimento Por Hora 17

4.8 Planilha e Gráfico de Atendimento Por Faixa Etária 18

4.9 Planilha Resumida De Óbitos Diário 19

4.10 Relatório de Atenção ao Usuário 19

4.11 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 28

8. Faturamento 28

9. Informações Complementares..... 31

10. Considerações Finais 33

11. Anexos 34

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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 JUNHO de 2026, evidenciando as metas qualitativas e quantitativas definidas no âmbito do Contrato de Gestão Nº 001/2022, ratificando o compromisso da S3 Estratégias e Soluções em Saúde com a transparência e qualidade dos serviços prestados.

UPA SERRINHA
Inalda Santos
Diretora Geral

3 RESUMO MENSAL

No presente mês, a Unidade de Pronto Atendimento realizou 4.474 atendimentos de urgência e emergência, sendo 3.707 de Clínica Geral, 590 Pediatria, 175 de odontologia e 1 do serviço Social. 4.477 foram triados pela classificação de risco, sendo 41 classificados como vermelho, 80 como laranja, 1.033 amarelos, 3.317 verdes, além de 6 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 74,09%, enquanto as urgências (amarelo) ocuparam um percentual de 23,07% e os casos de muito urgente (laranja) 1,79%, emergência (vermelho) 0,92% e os casos não urgentes (azul) totalizaram 0,13%, destes 1.737 permaneceram em observação na unidade, onde 1.576 tiveram alta após medicação, 152 deles foram transferidos para outra unidade de tratamento e 9 evoluíram para óbito.

Em relação aos procedimentos realizados, 3.206 foram de exames laboratoriais análise clínica 23,71% do total de procedimentos, 450 de Raio X ou 3,33%, 194 de ECG – Eletrocardiograma ou 1,43%, 365 da odontologia ou 2,70%, além da medicação no total de 9.175 doses administradas, representando 67,86% do total geral de 13.521 dos procedimentos efetuados na unidade no mês de JUNHO.

No que concerne ao funcionamento, a UPA Sotave, atende demanda espontânea, de porta aberta para as urgências e emergências por 24 horas, com classificação de risco e devido a sazonalidade das doenças respiratórias infantil, aditivamos o Contrato de gestão para acrescentar mais 01 médico pediatra na escala por 24 horas, os sete dias da semana, totalizando quatro médicos emergencistas, 2 clínicos e 2 pediatras, que se distribuem para os atendimentos gerais e reavaliação nas áreas amarela e vermelha, além de atendimentos de urgência com odontólogo, diariamente de segunda a sexta das 07h às 19h.

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
Arnalda 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, doutrinada pela diretriz da integralidade, em conexão com a realidade socioeconômica, cultural e demográfica, através dos seguintes princípios:

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

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

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

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

UPA Sotave
Inalda Santos
Diretora Geral

4 ATIVIDADE ASSISTENCIAL

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

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

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

4.3 Planilha Resumida de Atendimentos por procedimentos diários;

4.4 Planilha Resumida e gráfico das Remoções de pacientes diário;

4.5 Planilha de Atendimento por tipo de resultado;

4.6 Relatório de Atendimentos por CID;

4.7 Gráfico de Atendimento por hora;

4.8 Planilha e Gráfico de Atendimento por faixa etária;

4.9 Planilha Resumos de óbitos diário;

4.10 Relatório de Atenção Ao Usuário;

4.11 Relatório de Resolução das Queixas (ouvidoria)

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

4.1 PLANILHA RESUMIDA DE ATENDIMENTOS, CLASSIFICAÇÃO, ÓBITOS E REMOÇOES 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 82,86% do total de atendimentos da unidade, seguido pela pediatria com 13,19%, odontologia com a média de 3,91% de atendimentos e Serviço Social com menos de 0,02% 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 4.477 atendimentos no Acolhimento com Classificação de Risco, foram classificados um total de 6 pacientes como azul, 3.317 como verdes, 1.033 como amarelos, 80 como laranja e 41 pacientes como vermelho.

Vale ressaltar que dos 4.477 acolhimentos e classificação realizados no mês de JUNHO foram efetivados 4.474 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.

Inalda Santos
Diretora Geral

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

GESTÃO EM SAÚDE

Resumo de Atendimentos Pediatria

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE

Mês/Ano: junho/2026

DIA/SEMANA	01 Seg	02 Ter	03 Qua	04 Qui	05 Sex	06 Sáb	07 Dom	08 Seg	09 Ter	10 Qua	11 Qui	12 Sex	13 Sáb	14 Dom	15 Seg	16 Ter	17 Qua	18 Qui	19 Sex	20 Sáb	21 Dom	22 Seg	23 Ter	24 Qua	25 Qui	26 Sex	27 Sáb	28 Dom	29 Seg	30 Ter	Total	Méd/dia	%
ESPECIALIDADES	188	162	153	178	169	107	103	161	147	153	179	164	127	101	209	185	168	172	128	141	105	163	106	101	179	159	141	125	136	164	4.474	136	100,00
CLÍNICA GERAL	156	132	131	141	132	88	90	137	121	118	139	140	109	84	175	155	146	131	109	117	91	132	93	87	158	130	119	100	111	135	3.707	124	82,86
PEDIATRIA	20	21	18	26	29	19	13	16	21	20	29	21	18	17	26	19	17	30	12	24	14	22	4	11	17	22	21	25	18	20	590	20	13,19
ODONTOLOGIA	12	9	4	11	8	0	0	8	5	15	11	3	0	0	8	10	5	11	7	0	0	9	9	3	4	7	0	0	7	9	175	6	3,91
ASSISTENTE SOCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0,02
CLASSIFICAÇÃO	188	162	153	179	169	107	103	161	147	153	179	164	127	101	209	185	168	172	128	141	105	163	106	101	179	161	140	125	136	165	4.477	136	%
VERMELHO (Emergência)	3	0	0	2	0	0	1	3	1	3	3	1	1	1	1	0	1	2	2	0	1	0	1	4	3	2	0	3	0	2	41	1	0,92
LARANJA (Muito urgente)	4	2	0	1	3	3	3	4	3	2	2	2	30	1	1	3	1	0	1	4	1	0	1	1	1	1	1	2	0	2	80	3	1,79
AMARELO (Urgente)	39	33	21	43	31	23	29	30	35	33	23	34	95	27	60	36	27	43	35	22	29	27	23	39	34	30	28	32	38	34	1.033	34	23,07
VERDE (Pouco Urgente)	142	127	132	132	135	81	70	124	108	114	151	127	1	72	145	145	139	127	90	115	74	135	81	57	141	128	111	88	98	127	3.317	111	74,09
AZUL (Não Urgente)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0,13
ÓBITO	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	9	0	100,00
Dia de Hoje:																																	
REMOÇÕES	6	6	5	5	8	5	4	6	5	6	6	4	4	4	5	6	6	5	6	4	9	2	1	5	4	3	4	6	5	7	152	5	100,00

GESTÃO EM SAÚDE

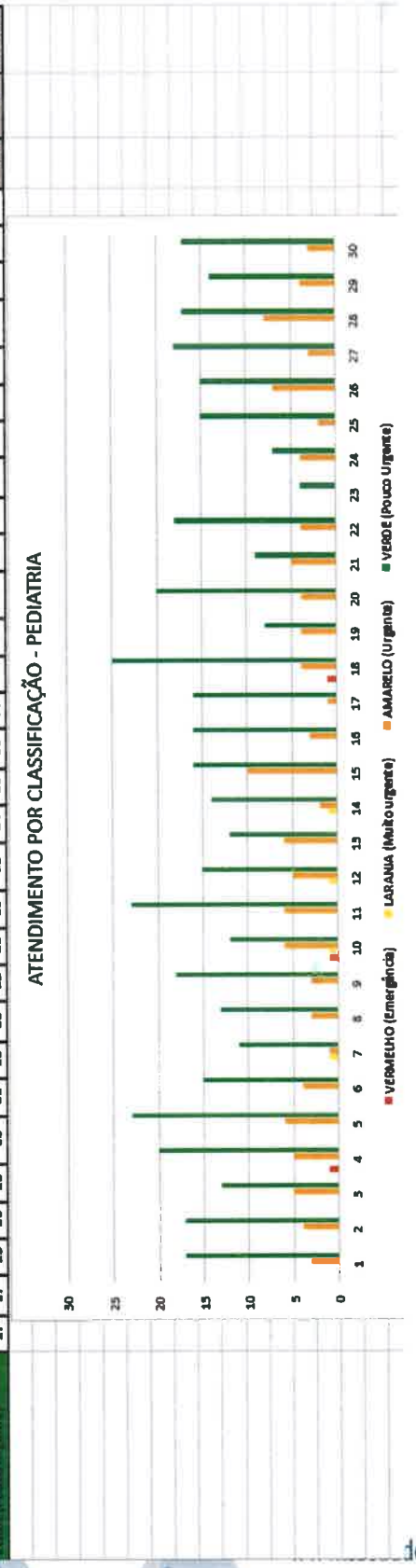
000008

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

S3 Saúde
Luana Santos
Diretora Geral

4.2 PLANILHA RESUMIDA E GRÁFICO DOS ATENDIMENTOS POR CLASSIFICAÇÃO DA PEDIATRIA

DIA/SEMANA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total	Méd/dia	%
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter			
PEDIATRIA	20	21	18	26	29	19	13	16	21	20	29	21	18	17	26	19	17	30	12	24	14	22	4	11	17	22	21	25	18	20	590	20	100,00
VERMELHO (Emergência)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0,51
LARANJA (Muito urgente)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0,68
AMARELO (Urgente)	3	4	5	5	6	4	1	3	3	6	6	5	6	2	10	3	1	4	4	4	5	4	0	4	2	7	3	8	4	3	125	4	21,19
VERDE (Pouco Urgente)	17	17	13	20	23	15	11	13	18	12	23	15	12	14	16	16	16	25	8	20	9	18	4	7	15	15	18	17	14	17	458	15	77,63



Inalda Santos
Diretora Geral

4.3 PLANILHA RESUMIDA DE ATENDIMENTOS POR PROCEDIMENTOS DIÁRIOS

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

UPA SOLIVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

GESTÃO EM SAÚDE

Resumo de Atendimentos por Especialidade

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE

Mês/Ano: junho/2026

DIA/SEMANA	01 Seg	02 Ter	03 Qua	04 Qui	05 Sex	06 Sáb	07 Dom	08 Seg	09 Ter	10 Qua	11 Qui	12 Sex	13 Sáb	14 Dom	15 Seg	16 Ter	17 Qua	18 Qui	19 Sex	20 Sáb	21 Dom	22 Seg	23 Ter	24 Qua	25 Qui	26 Sex	27 Sáb	28 Dom	29 Seg	30 Ter	Total	Méd/dia	%
PROCEDIMENTOS	566	511	403	506	464	383	428	464	580	468	503	517	385	330	614	581	470	480	377	407	351	391	352	325	460	409	398	446	429	523	13521	451	100
RAIOS X	15	15	26	19	13	29	14	11	16	19	20	9	15	15	26	16	14	27	4	20	13	7	13	13	23	9	6	2	5	16	450	15	3,33
LABORATORIAIS	137	114	97	114	57	109	159	116	172	88	72	181	69	75	125	139	122	148	48	106	73	60	71	86	95	107	90	155	108	113	3206	107	23,71
NEBULIZAÇÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
ECG	7	13	2	7	4	5	3	2	11	3	6	6	6	6	2	17	4	13	5	7	11	2	9	2	4	5	10	4	8	10	194	6	1,43
MEDICAÇÃO	372	347	270	349	371	236	248	311	362	324	372	312	289	230	439	389	311	274	297	271	247	298	233	210	330	279	289	279	284	352	9175	306	67,86
SUTURA/CURATIVO	10	3	2	2	4	4	4	5	6	5	3	5	6	4	6	5	2	4	5	3	7	2	4	7	2	1	3	6	3	8	131	4	29,11
PROCEDIMENTOS ODONTOLOGICO	25	19	6	15	15	0	0	19	13	29	30	4	0	0	16	15	17	14	18	0	0	22	22	7	6	8	0	0	21	24	365	12	2,70

Inaldo Santos
Diretora Geral

4.4 PLANILHA RESUMIDA E GRÁFICO DAS REMOÇÕES DE PACIENTE DIÁRIO

No mês de JUNHO foram realizadas 152 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.

GESTÃO EM SAÚDE

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

Remoções

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE

Mês/Ano: junho/2026

#	ATEND.	DATA	PACIENTE	DESTINO	SENHA CENTRAL DE LEITOS
1	3246403	01/06/2026	J. E. F.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7737019
2	3248007	01/06/2026	E. F. O.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7737822
3	3247195	01/06/2026	S. A. G.	HOSPITAL ULISSES PERNAMBUCANO	3247195
4	3248893	01/06/2026	E. F. F. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7738307
5	3248381	01/06/2026	D. V. N. A.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7738206
6	3247201	01/06/2026	D. G. S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7737975
7	3249082	02/06/2026	C. R. S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7738574
8	3247199	02/06/2026	M. A. S.	APAMI VITORIA DE STO ANTAO	2201918
9	3250378	02/06/2026	M. V. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7739128
10	3247224	02/06/2026	V. K. C. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7738195
11	3249420	02/06/2026	J. C.	HOSPITAL DOM HELDER	7738679
12	3247134	02/06/2026	M. L. A.	HOSPITAL DOM HELDER	7737588
13	3247508	03/06/2026	M. L. R.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7738575
14	3251103	03/06/2026	W. C. G. S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2207428
15	3250553	03/06/2026	M. O. M.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7739610
16	3252543	03/06/2026	J. C. L. N.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7740402
17	3252113	03/06/2026	A. B. C.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7740303
18	3252703	04/06/2026	I. M. C.	HOSPITAL DOM HELDER	7740516
19	3252703	04/06/2026	I. M. C.	HOSPITAL DOM HELDER	7740516
20	3252904	04/06/2026	R. G. C. S.	INSTITUTO CÂNCER INFANTIL DO AGRESTE	2208481
21	3253949	04/06/2026	L. M. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7741184
22	3253875	04/06/2026	M. J. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7741306
23	3252703	05/06/2026	I. M. C.	HOSPITAL DOM HELDER	7740516
24	3254217	05/06/2026	M. N. S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2205959
25	3255112	05/06/2026	M. B. P. S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7741822
26	3255451	05/06/2026	T. J. G.	HOSPITAL DOM HELDER	7742039
27	3255786	05/06/2026	R. J. S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2210029
28	3254209	05/06/2026	D. A. C.	HOSPITAL DOM HELDER	7741708
29	3255320	05/06/2026	I. J. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7742246
30	3254983	05/06/2026	J. A. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7747772
31	3255706	06/06/2026	F. F.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7742253
32	3255193	06/06/2026	E. B.	HOSPITAL DOM HELDER	7742343
33	3254616	06/06/2026	C. B. B.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2211116
34	3256844	06/06/2026	A. M. S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7743096
35	3256920	06/06/2026	T. S. F.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7743068
36	3257193	07/06/2026	E. S. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7743279
37	3255899	07/06/2026	D. A. C.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2211381
38	3257119	07/06/2026	A. M. S. S.	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	7743355
39	3257521	07/06/2026	M. C. O.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7743559
40	3257999	08/06/2026	M. S. O.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2213015
41	3258537	08/06/2026	T. N. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2207470
42	3259646	08/06/2026	M. S. B.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7744681
43	3260113	08/06/2026	P. V. S.	HOSPITAL DOM HELDER	URG
44	3259174	08/06/2026	A. P. S.	HOSPITAL PORTUGUÊS	2212198
45	3259637	08/06/2026	A. A. V.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7744974
46	3261136	09/06/2026	M. A. B.	HOSPITAL DOM HELDER	7445557
47	3261063	09/06/2026	L. D. L.	HOSPITAL DOM HELDER	7745800
48	3260951	09/06/2026	E. M. P. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7445829
49	3261632	09/06/2026	S. F. C.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7745819
50	3261701	09/06/2026	S. J. B. S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7745825
51	3260090	10/06/2026	M. E. S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2214194
52	3261815	10/06/2026	R. F. M. S.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7746214
53	3262015	10/06/2026	S. S. S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2212111
54	3260892	10/06/2026	A. S. N. S.	HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	2215058
55	3261186	10/06/2026	M. C. F.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7746332
56	3263525	10/06/2026	N. C. R. S.	HOSPITAL DO IMIP	7746848
57	3263603	11/06/2026	M. J. C.	HOSPITAL DOM HELDER	7764327
58	3262239	11/06/2026	M. J. G.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2215225
59	3263455	11/06/2026	A. A. A.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2211400
60	3263200	11/06/2026	J. A. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2212063
61	3264179	11/06/2026	I. M. F. M. N.	HOSPITAL JOÃO MURILO	URG
62	3264398	11/06/2026	S. M. P. R.	HOSPITAL DOM HELDER	774732
63	3265590	12/06/2026	R. B. R.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2215736
64	3264398	12/06/2026	S. M. P. R.	HOSPITAL DOM HELDER	774732
65	3265589	12/06/2026	F. S. S. C.	HOSPITAL SANTO AMARO	2216166

Raquel Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

000013

66	3263629	12/06/2026	E. C. S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7747110
67	3267522	13/06/2026	A. M. O.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7748965
68	3264817	13/06/2026	A. F. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7747922
69	3267215	13/06/2026	R. J. S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2218701
70	3267193	13/06/2026	M. M. L.	HOSPITAL DOM HELDER	7748912
71	3268248	14/06/2026	R. G. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7749706
72	3268904	14/06/2026	E. M. M. O.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7750285
73	3266434	14/06/2026	S. L.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2218646
74	3268631	14/06/2026	Z. R. A.	HOSPITAL DOM HELDER	7749819
75	3269748	15/06/2026	M. J. L.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7750578
76	3268533	15/06/2026	E. R. A.	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	2214905
77	3270683	15/06/2026	E. A. M.	HOSPITAL DOM HELDER	7750906
78	3269231	15/06/2026	R. C. R. O.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2220162
79	3271752	15/06/2026	V. M. C.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2219314
80	3269561	16/06/2026	M. E. M. S.	HOSPITAL ALFA	2217486
81	3270996	16/06/2026	N. A. M. G. S.	HOSPITAL DOM HELDER	2220985
82	3272924	16/06/2026	G. R. R. S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	2222388
83	3271829	16/06/2026	M. G. S. L.	HOSPITAL DOM HELDER	7751816
84	3271860	16/06/2026	A. R. G.	HOSPITAL DOM HELDER	7751812
85	3273340	16/06/2026	M. S. N. F.	HOSPITAL DOM HELDER	7752339
86	3273572	17/06/2026	S. M. S. R.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7752502
87	3272788	17/06/2026	E. F. B. A.	HOSPITAL JABOATÃO PRAZERES	2221419
88	3274538	17/06/2026	M. R. N.	HOSPITAL DOM HELDER	7752956
89	3273561	17/06/2026	K. S. A.	HOSPITAL JABOATÃO PRAZERES	2222712
90	3273383	17/06/2026	H. R. S.	HOSPITAL JABOATÃO PRAZERES	2222706
91	3275301	17/06/2026	E. S. A.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	S/SENHA
92	3275457	18/06/2026	A. S. N.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7753587
93	3275263	18/06/2026	G. J. N.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7753791
94	3276818	18/06/2026	A. E. A. C.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	S/SENHA
95	3275538	18/06/2026	C. N. A. C.	HOSPITAL DOM HELDER	7754263
96	3276957	18/06/2026	A. F. L.	HOSPITAL DOM HELDER	7754346
97	3276957	19/06/2026	A. F. L.	HOSPITAL DOM HELDER	7754494
98	3277139	19/06/2026	I. M. C.	HOSPITAL DOM HELDER	774441
99	3277382	19/06/2026	D. F. M.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7754567
100	3276957	19/06/2026	A. F. L.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7754523
101	3276827	19/06/2026	M. H. S. S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	7754523
102	3277151	19/06/2026	H. A. S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7754401
103	3278806	20/06/2026	N. E. A.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2224940
104	3276498	20/06/2026	J. N. L.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7754443
105	3278698	20/06/2026	M. J. C.	HOSPITAL DOM HELDER	7755557
106	3278343	20/06/2026	J. G. S.	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	2225889
107	3279917	21/06/2026	J. R. F.	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	7755981
108	3278235	21/06/2026	L. T. C.	APAMI VITORIA DE STO ANTAO	2219947
109	3278343	21/06/2026	J. G. S.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	7756096
110	3279884	21/06/2026	J. J. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7756969
111	3277720	21/06/2026	M. J. N. M.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2225258
112	3277728	21/06/2026	M. C. F. S.	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	2225667
113	3280768	21/06/2026	S. O. E.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7756589
114	3280306	21/06/2026	E. J. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7756776
115	3281190	21/06/2026	G. V. S. O.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7756943
116	3280212	22/06/2026	L. F. M.	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	2226426
117	32281215	22/06/2026	I. J. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7757350
118	3282872	23/06/2026	A. N. S. J.	HOSPITAL DOM HELDER	7758902
119	3284887	24/06/2026	J. G. S.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	SEM SENHA
120	3283005	24/06/2026	M. L. L. B.	HOSPITAL MARIA VITORIA	714101
121	3284471	24/06/2026	L. M. B. L. S.	HOSPITAL DO IMIP	7758967
122	3284887	24/06/2026	A. A. S.	HOSPITAL EVANGÉLICO	SEM SENHA
123	3284584	24/06/2026	J. S. S.	HOSPITAL GETULIO VARGAS	7759372
124	3285378	25/06/2026	E. B. M.	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	7759521
125	3285803	25/06/2026	A. J. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7759690
126	3285295	25/06/2026	J. M. S.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7759867
127	3285287	25/06/2026	M. F. C.	HOSPITAL GERAL DE AREIAS	2229552
128	3287758	26/06/2026	H. G. S. A.	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	7760720
129	3287576	26/06/2026	C. M. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7760969
130	3287046	26/06/2026	L. E. O. M.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7760962
131	3288886	27/06/2026	N. F. A.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7761342
132	3287824	27/06/2026	R. M. S. F.	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	7761132
133	3288355	27/06/2026	C. L. F. S.	HOSPITAL DO IMIP	7761281
134	3288582	27/06/2026	E. A. S. A.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2232741
135	3288968	28/06/2026	L. C. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7761847
136	3290287	28/06/2026	C. S. A.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	10762173
137	3289331	28/06/2026	R. R. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7762146
138	3290513	28/06/2026	R. S. B.	HOSPITAL DOM HELDER	7762348
139	3290265	28/06/2026	A. M. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7762389
140	3289082	28/06/2026	I. J. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7761852
141	3290725	29/06/2026	E. B. S.	HOSPITAL DOM HELDER	7762849
142	3290265	29/06/2026	A. M. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7762389
143	3291866	29/06/2026	P. C. S.	HOSPITAL MARIA LUCINDA	2232649
144	3292343	29/06/2026	M. C. L.	HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	7763289
145	3292402	29/06/2026	W. A. G. S.	HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO	2234699
146	3292875	30/06/2026	C. R. A. S.	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	7763678

DRA. CONAYE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

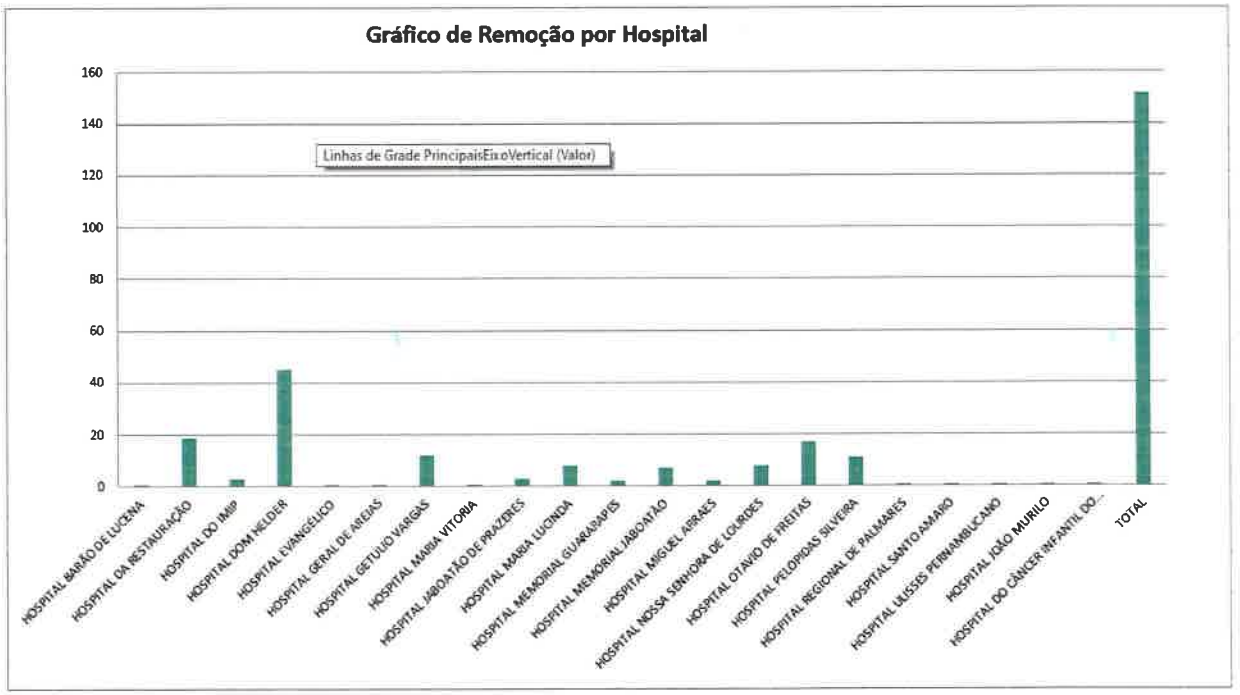
000014

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

Remoção por Hospital

Unidade de Pronto Atendimento: **UPA SOTAVE**
Mês/Ano: **junho/2026**

HOSPITAIS	QUANTIDAD	%
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	3	1,97
HOSPITAL APAMI VITORIA DE STO ANTÃO	2	1,32
HOSPITAL ALFA	1	0,66
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	1	0,66
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	19	12,50
HOSPITAL DO IMIP	3	1,97
HOSPITAL DOM HELDER	45	29,61
HOSPITAL EVANGÉLICO	1	0,66
HOSPITAL GERAL DE AREIAS	1	0,66
HOSPITAL GETULIO VARGAS	12	7,89
HOSPITAL MARIA VITORIA	1	0,66
HOSPITAL JABOATÃO DE PRAZERES	3	1,97
HOSPITAL MARIA LUCINDA	8	5,26
HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	2	1,32
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	7	4,61
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2	1,32
HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	8	5,26
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	17	11,18
HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	11	7,24
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	1	0,66
HOSPITAL SANTO AMARO	1	0,66
HOSPITAL ULISSES PERNAMBUCANO	1	0,66
HOSPITAL JOÃO MURILO	1	0,66
HOSPITAL DO CÂNCER INFANTIL DO AGRESTE	1	0,66
TOTAL	**152**	**100,00**



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

Conforme a análise dos dados, vale destacar que as transferências seguiram em JUNHO em ordem decrescente, para os hospitais: Hospital Dom Helder, Hospital da Restauração com mesmo quantitativo do Hospital Otávio de Freitas, seguidos por Hospital Getúlio Vargas, Hospital Maria Lucinda, Hospital Pelópidas da Silveira e Hospital Nossa Senhora das Graças.

4.5 PLANILHA DE ATENDIMENTO POR TIPO DE RESULTADO

Através das informações contidas na planilha de resumo de atendimentos por tipo de resultado, avalia-se que em fevereiro tivemos que 31,64% dos pacientes tiveram alta após consulta, 34,97% após serem medicados, 15,80% receberam alta melhorado e 3,37% dos pacientes foram transferidos para hospitais de referência, regulados pela Central de Regulação.

O índice de evasão sem atendimento no mês de fevereiro foi de 4,46%. Esforços vem sendo empreendidos na busca por resultados superiores ao alcançado.

GESTÃO EM SAÚDE

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

Resumo de Atendimentos por Tipo de Resultado

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE

Mês/Ano: junho/2026

Tipo de Resultado	Quantidade	%
ALTA APÓS CONSULTA	1426	31,64
ALTA APÓS MEDICAÇÃO	1576	34,97
ALTA MELHORADO	712	15,80
ALTA APÓS PROCEDIMENTOS	100	2,22
EVADIU-SE SEM ATENDIMENTO	201	4,46
EVADIU-SE APÓS PRIMEIRO ATENDIMENTO	79	1,75
PACIENTE ENCAMINHADO PARA AMBULATÓRIO	1	0,02
PERMANECE EM OBSERVAÇÃO	230	5,10
ALTA ADMINISTRATIVA POR ERRO OPERACIONAL	2	0,04
ALTA ADMINISTRATIVA	4	0,09
ALTA A PEDIDO	8	0,18
ALTA PARA INTERNACAO	3	0,07
ALTA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	3	0,07
ÓBITO	9	0,20
TERMO DE RESPONSABILIDADE	0	0,00
TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR	152	3,37
TOTAL	4507	100

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

4.6 RELATÓRIO DE ATENDIMENTO POR CID

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

UPA SOTAVE — Página: 1 / 9
SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Internação — Emitido por: CLELIOTS
Quantitativo de Pacientes por Cid — Em: 05/07/2026 16:08

Período de 01/06/2026 a 30/06/2026 - Cid:Todos - Tipo do Atendimento: Todos
Convenio: Todos

Cid		Permanencia Média	Total	% Total	% Acumulado
A09	DIARREIA E GASTROENTERITE ORIG INFECC PRESUM	1	443	10,56 %	10,56 %
M545	DOR LOMBAR BAIXA	1	332	7,91 %	18,47 %
B349	INFECC VIRAL NE	1	325	7,75 %	26,22 %
R520	DOR AGUDA	2	292	6,96 %	33,17 %
M796	DOR EM MEMBRO	2	145	3,46 %	36,63 %
R51	CEFALEIA	0	135	3,22 %	39,85 %
J069	INFECC AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPER NE	1	129	3,07 %	42,92 %
I10	HIPERTENSAO ESSENCIAL	2	112	2,67 %	45,59 %
N390	INFECC DO TRATO URINARIO DE LOCALIZ NE	2	106	2,53 %	48,12 %
Z008	OUTR EXAMES GERAIS	0	80	1,91 %	50,02 %

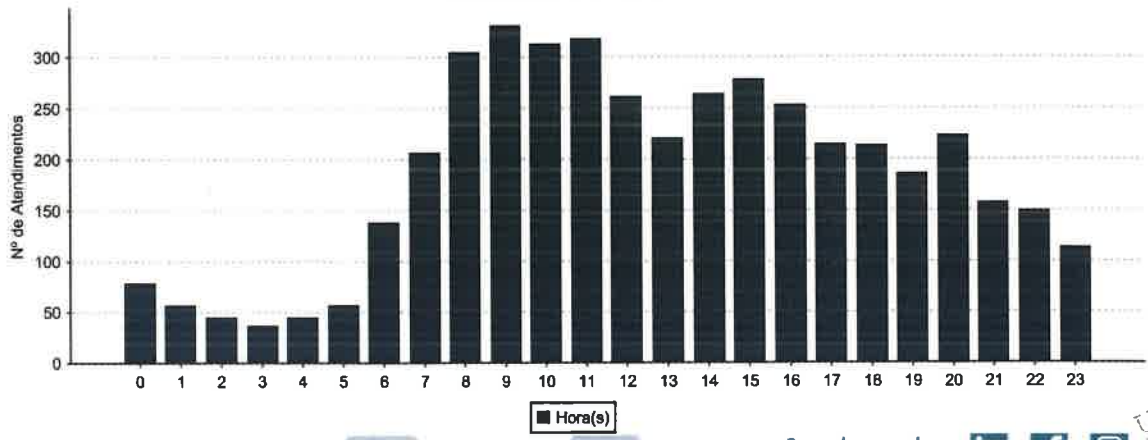
4.7 GRÁFICO DE ATENDIMENTO POR HORA

UPA SOTAVE — Página: 1 / 1
SOULMV - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial — Emitido por: CLELIOTS
Gráfico de Atendimentos por Hora — Em: 05/07/2026 16:09

Período de 01/06/2026 a 30/06/2026 Tipo de Atendimento: Todos Origem: Todos

00:00 - 00:59	01:00 - 01:59	02:00 - 02:59	03:00 - 03:59	04:00 - 04:59	05:00 - 05:59	06:00 - 06:59	07:00 - 07:59	08:00 - 08:59	09:00 - 09:59	10:00 - 10:59	11:00 - 11:59	12:00 - 12:59	13:00 - 13:59	14:00 - 14:59	15:00 - 15:59	16:00 - 16:59	17:00 - 17:59	18:00 - 18:59	19:00 - 19:59	20:00 - 20:59	21:00 - 21:59	22:00 - 22:59	23:00 - 23:59	
79	57	45	37	45	57	139	207	305	331	313	318	262	221	264	279	253	215	214	186	224	158	149	113	4.471

Gráfico de Atendimentos por Hora



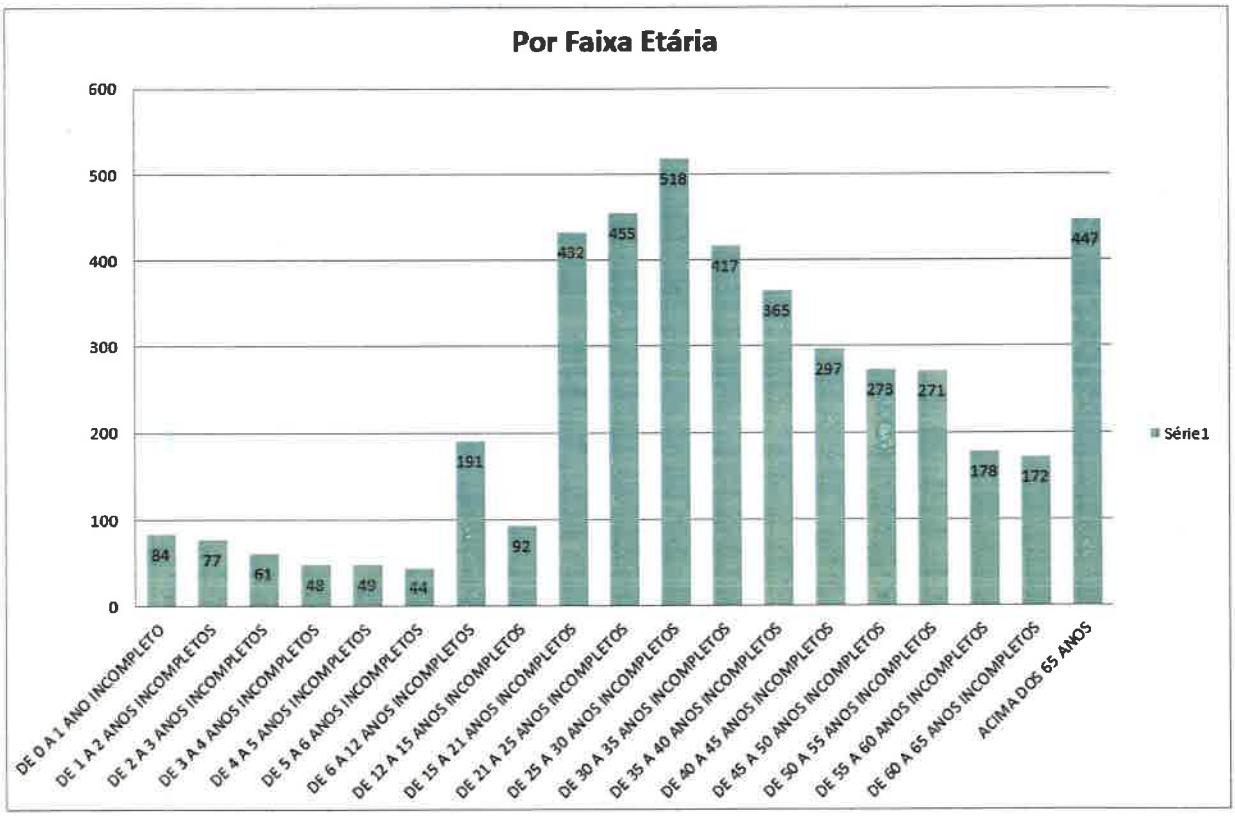
UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

000017

4.8 PLANILHA E GRÁFIO DE ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA

DE 0 A 1 ANO INCOMPLETO	84	1,88
DE 1 A 2 ANOS INCOMPLETOS	77	1,72
DE 2 A 3 ANOS INCOMPLETOS	61	1,36
DE 3 A 4 ANOS INCOMPLETOS	48	1,07
DE 4 A 5 ANOS INCOMPLETOS	49	1,10
DE 5 A 6 ANOS INCOMPLETOS	44	0,98
DE 6 A 12 ANOS INCOMPLETOS	191	4,27
DE 12 A 15 ANOS INCOMPLETOS	92	2,06
DE 15 A 21 ANOS INCOMPLETOS	432	9,66
DE 21 A 25 ANOS INCOMPLETOS	455	10,18
DE 25 A 30 ANOS INCOMPLETOS	518	11,59
DE 30 A 35 ANOS INCOMPLETOS	417	9,33
DE 35 A 40 ANOS INCOMPLETOS	365	8,16
DE 40 A 45 ANOS INCOMPLETOS	297	6,64
DE 45 A 50 ANOS INCOMPLETOS	273	6,11
DE 50 A 55 ANOS INCOMPLETOS	271	6,06
DE 55 A 60 ANOS INCOMPLETOS	178	3,98
DE 60 A 65 ANOS INCOMPLETOS	172	3,85
ACIMA DOS 65 ANOS	447	10,00
Total de Atendimentos:	**4471**	**100**



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

4.9 PLANILHA RESUMO DOS ÓBITOS DIÁRIO

No mês de JUNHO ocorreram 8 óbitos, todos avaliados no mês pela comissão de óbitos, instituída por meio de portaria.

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

Óbitos

Unidade de Pronto Atendimento: UPA SOTAVE

Mês/Ano: junho/2026

DATA	PACIENTE	DATA NASCIMENTO	MOTIVO
01/06/2026	A. M. L.	18/11/1942	A419-SEPTICEMIA NE
01/06/2026	C. E. L. P.	22/05/2008	E874-DISTURBIO MISTO DO EQUILIBRIO ACIDO-BASICO
09/06/2026	O. B. L.	28/04/1942	J22-INFECC AGUDAS NE DAS VIAS AEREAS INFER
11/06/2026	L. T. S.	24/10/1959	I219-INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NE
16/06/2026	G. R. L.	10/05/1947	A90 - DENGUE
24/06/2026	M. F. R.	15/07/1942	R060-DISPNEIA
24/06/2026	J. M. R.	26/12/1940	R092 - PARADA RESPIRAT
25/06/2026	R. A. S. F.	10/05/1969	I469 - PARADA CARDIACA NE
27/06/2026	M. F. F. S.	26/10/1957	I219 - INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NE

4.10 RELATÓRIO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO

No presente mês, do total de 4.474 usuários atendidos na UPA Sotave, 1.917 responderam à pesquisa de satisfação, totalizando um percentual de 42,9% de pesquisas aplicadas, superior ao proposto na meta contratual que é de 10%. Destacando que nossa pesquisa de satisfação é 100% digital, onde um dos nossos colaboradores aborda o paciente e/ou acompanhante, munido de um Tablet e realiza os questionamentos ou sinaliza o QRcode para que o mesmo realize no seu dispositivo de Smartphone

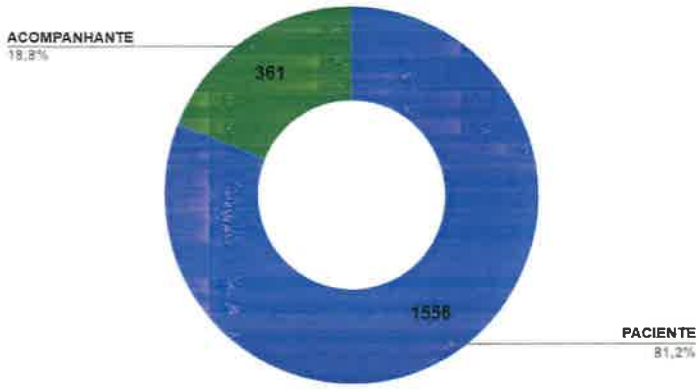
O índice geral de satisfação é calculado considerando todos os itens da pesquisa de satisfação da UPA Sotave. Um dado relevante é que 97,6% dos usuários que responderam à pesquisa recomendariam os serviços desta unidade, conforme demonstra os números nas tabelas abaixo.

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Diretora Geral

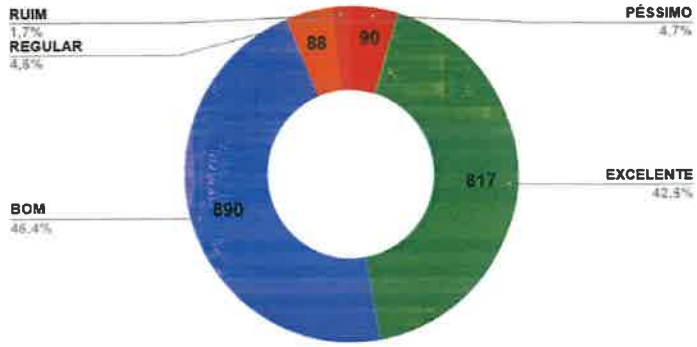
GESTÃO EM SAÚDE

000019

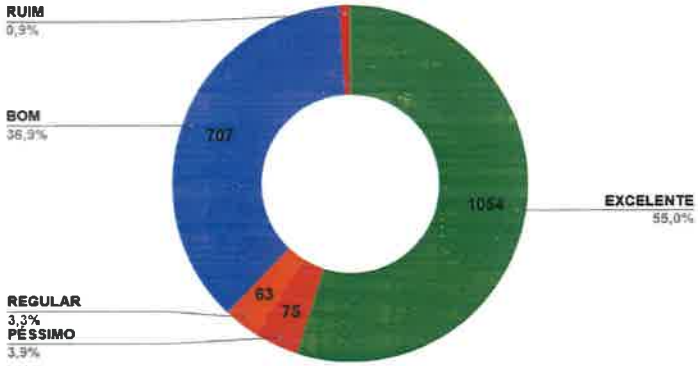
Contagem de COMO VOCÊ SE IDENTIFICA?



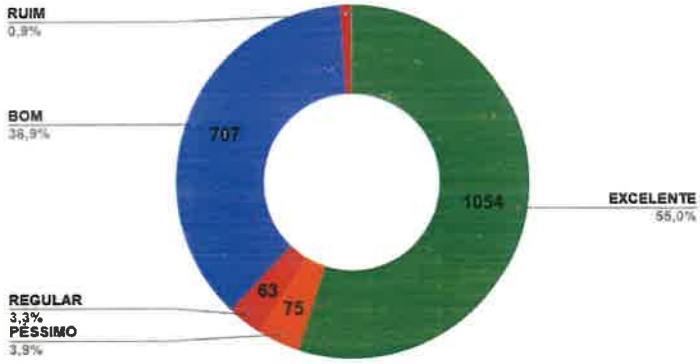
Contagem de LIMPEZA E CONFORTO DA RECEPÇÃO, BANHEIROS, CORREDORES, SALAS DE ESPERA, SALAS DE OBSERVAÇÃO E CONSULTORIOS



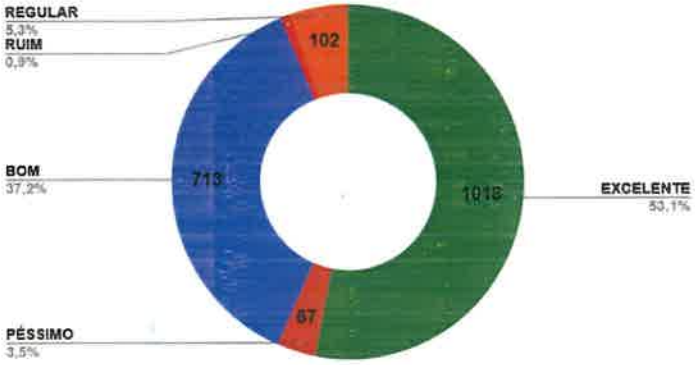
Contagem de DURANTE A CONSULTA VOCÊ FOI BEM INFORMADO DO SEU ESTADO DE SAÚDE E DOS PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS?



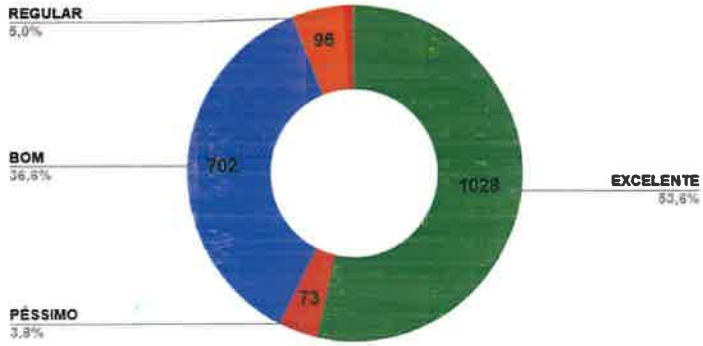
Contagem de O ESTABELECIMENTO É BEM SINALIZADO PARA VOCÊ ENCONTRAR O LOCAL ONDE PRECISA IR? (PLACAS, PAINEL)



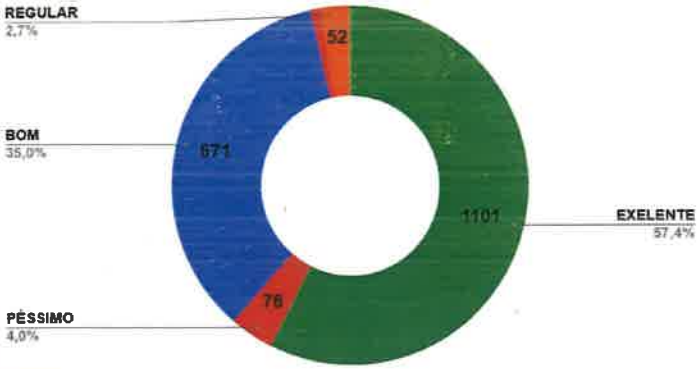
Contagem de TEMPO DE ESPERA PELO ATENDIMENTO (MEDICOS, ENFERMEIROS, RECEPÇÃO E TÉCNICOS)



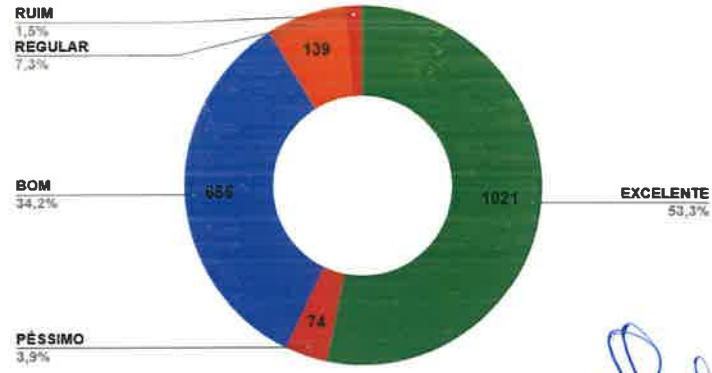
Contagem de NÍVEL DE COMPROMETIMENTO E DISPOSIÇÃO DAS PESSOAS EM AJUDAR A RESOLVER SEUS PROBLEMAS (MÉDICOS, ENFERMEIROS, FUNCIONÁRIOS, ADMINISTRAÇÃO).



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

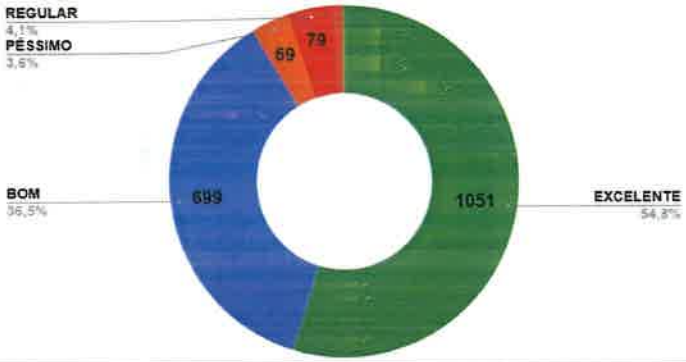


Contagem de A EDUCAÇÃO E O RESPEITO COM QUE VOCÊ FOI TRATADO (MÉDICOS, ENFERMEIROS, RECEPÇÃO, FUNCIONÁRIOS ADM)

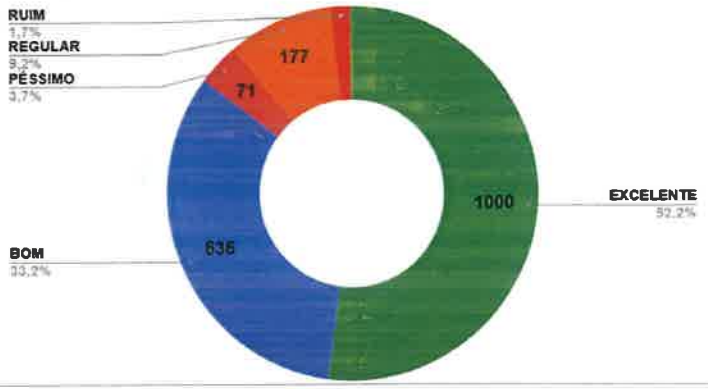


UPA SOTAVIO
Inalda Santos
Diretora Geral

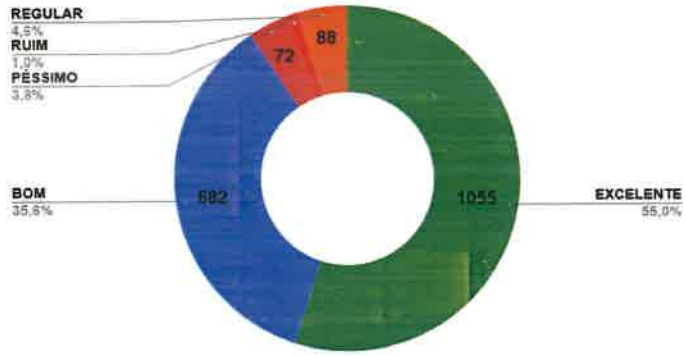
Contagem de O INTERESSE DO MÉDICO EM OUVIR AS QUEIXAS DO PACIENTE?



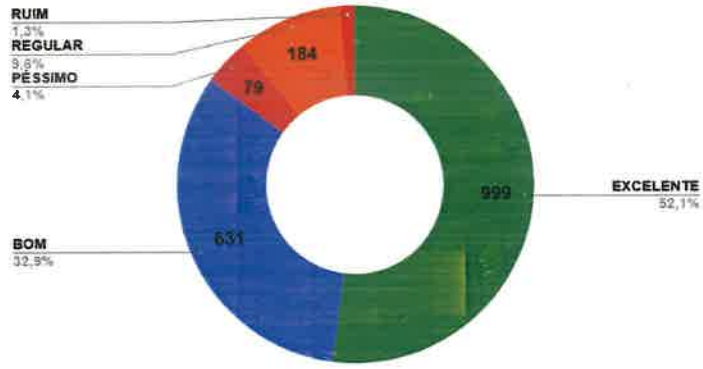
Contagem de EXPLICAÇÕES DOS MÉDICOS DURANTE O ATENDIMENTO?



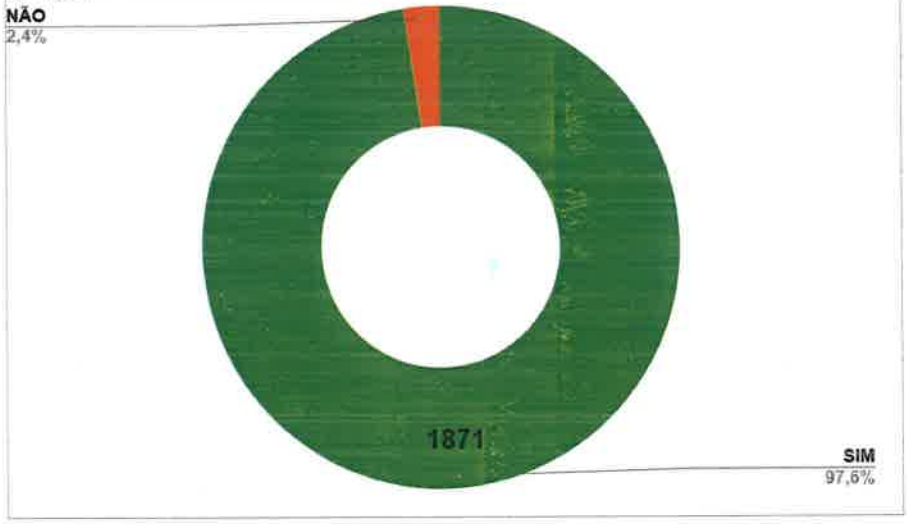
Contagem de EXPLICAÇÕES DOS ENFERMEIROS DURANTE OS PROCEDIMENTOS QUE FORAM REALIZADOS?



Contagem de RESPEITO AO AMBIENTE NAS SALAS DE ESPERA E OBSERVAÇÃO



Contagem de VOCÊ INDICARIA ESSE SERVIÇO?



UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

4.11 RELATÓRIO DE QUEIXAS RECEBIDAS E TRATADAS (OUVIDORIA).

No presente mês tivemos 01 (uma) notificação da ouvidoria, a mesma foi tratada e respondida para SMS.

5 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

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

Vale salientar que o histórico dos atendimentos por bairro, no período de 01 a 30/06/2026, está disponível nas páginas seguintes, conforme relatório extraído do sistema de gestão SOUL MV, com destaque para o próprio município com 81,71% e municípios vizinhos 17,47% e menos de 0,82% de outras regiões e municípios mais distantes.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

000022

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

Emitido por: CLELIOTS
Em: 05/07/2026 16:16

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/06/2026 a 30/06/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE	JABOATAO DOS GUARAR	PRAZERES	1731	51,14 %	51,14 %
		CAJUEIRO SECO	470	13,88 %	65,02 %
		BARRA DE JANGADA	326	9,63 %	74,65 %
		GUARARAPES	233	6,88 %	81,54 %
		PIEDADE	196	5,79 %	87,33 %
		CANDEIAS	93	2,75 %	90,07 %
		JARDIM JORDAO	82	2,42 %	92,50 %
		MARCOS FREIRE	74	2,19 %	94,68 %
		COMPORTAS	70	2,07 %	96,75 %
		MURIBECA	65	1,92 %	98,67 %
		SOCORRO	9	0,27 %	98,94 %
		ZUMBI DO PACHECO	7	0,21 %	99,14 %
		SUCUPIRA	4	0,12 %	99,26 %
		CAVALEIRO	4	0,12 %	99,38 %
		CURADO	4	0,12 %	99,50 %
		VILA RICA	4	0,12 %	99,62 %
		DOIS CARNEIROS	3	0,09 %	99,70 %
		SANTO ALEIXO	2	0,06 %	99,76 %
		MURIBEQUINHA	2	0,06 %	99,82 %
		CENTRO	2	0,06 %	99,88 %
		MURIBECA DOS GUARARAPES	2	0,06 %	99,94 %
		VISTA ALEGRE	1	0,03 %	99,97 %
		COMPORTA	1	0,03 %	100,00 %
		Total Município:	**3385**	**75,88 %**	
	CABO DE SANTO AGOSTI	PONTE DOS CARVALHOS	301	49,59 %	49,59 %
		PONTEZINHA	280	46,13 %	95,72 %
		NUCLEO RESIDENCIAL MINISTRO MAR	6	0,99 %	96,71 %
		CIDADE GARAPU	5	0,82 %	97,53 %
		CENTRO	4	0,66 %	98,19 %
		VILA TEATROLOGO BARRETO JUNIOR	3	0,49 %	98,68 %
		JARDIM SANTO INACIO	2	0,33 %	99,01 %
		CHARNEQUINHA	2	0,33 %	99,34 %
		SAO FRANCISCO	1	0,16 %	99,51 %
		NOSSA SENHORA DO ROSARIO	1	0,16 %	99,67 %
		DESTILARIA CENTRAL PRESIDENTE V	1	0,16 %	99,84 %
		PIRAPAMA	1	0,16 %	100,00 %
		Total Município:	**607**	**13,61 %**	
	JABOATAO DOS GUARAR	PRAZERES	104	40,00 %	40,00 %
		CAJUEIRO SECO	48	18,46 %	58,46 %
		GUARARAPES	32	12,31 %	70,77 %
		JARDIM JORDAO	24	9,23 %	80,00 %
		PIEDADE	12	4,62 %	84,62 %
		MURIBECA DOS GUARARAPES	11	4,23 %	88,85 %
		COMPORTA	10	3,85 %	92,69 %
		MARCOS FREIRE	6	2,31 %	95,00 %
		BARRA DE JANGADA	4	1,54 %	96,54 %
		UR-06	2	0,77 %	97,31 %
		LOTEAMENTO 92	2	0,77 %	98,08 %
		CAVALEIRO	2	0,77 %	98,85 %

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

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

Emitido por: CLELIOTS
Em: 05/07/2026 16:16

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/06/2026 a 30/06/2026

UF	Município	Bairro	Total	% Total	% Acumulado
PE		SUCUPIRA	1	0,38 %	99,23 %
		SOCORRO	1	0,38 %	99,62 %
		MURIBECA	1	0,38 %	100,00 %
		Total Município:	**260**	**5,83 %**	
	RECIFE	IMBIRIBEIRA	28	19,31 %	19,31 %
		BOA VIAGEM	28	19,31 %	38,62 %
		COHAB	19	13,10 %	51,72 %
		IBURA	11	7,59 %	59,31 %
		JORDAO	7	4,83 %	64,14 %
		PINA	6	4,14 %	68,28 %
		IPSEP	5	3,45 %	71,72 %
		CORDEIRO	3	2,07 %	73,79 %
		CACOTE	3	2,07 %	75,86 %
		ESTANCIA	3	2,07 %	77,93 %
		AREIAS	3	2,07 %	80,00 %
		BOA VISTA	3	2,07 %	82,07 %
		NOVA DESCOBERTA	2	1,38 %	83,45 %
		VARZEA	2	1,38 %	84,83 %
		BARRO	2	1,38 %	86,21 %
		BRASILIA TEIMOSA	2	1,38 %	87,59 %
		AFOGADOS	2	1,38 %	88,97 %
		VASCO DA GAMA	1	0,69 %	89,66 %
		IPUTINGA	1	0,69 %	90,34 %
		TEJIPIO	1	0,69 %	91,03 %
		COELHOS	1	0,69 %	91,72 %
		CAMPINA DO BARRETO	1	0,69 %	92,41 %
		MUSTARDINHA	1	0,69 %	93,10 %
		DOIS UNIDOS	1	0,69 %	93,79 %
		MADALENA	1	0,69 %	94,48 %
		ARRUDA	1	0,69 %	95,17 %
		JIQUIA	1	0,69 %	95,86 %
		ALTO JOSE DO PINHO	1	0,69 %	96,55 %
		SAO JOSE	1	0,69 %	97,24 %
		MORRO DA CONCEICAO	1	0,69 %	97,93 %
		TORRE	1	0,69 %	98,62 %
		SAN MARTIN	1	0,69 %	99,31 %
		DOIS IRMAOS	1	0,69 %	100,00 %
		Total Município:	**145**	**3,25 %**	
	RECIFE	AFOGADOS	8	29,63 %	29,63 %
		COHAB	4	14,81 %	44,44 %
		IBURA	3	11,11 %	55,56 %
		IMBIRIBEIRA	3	11,11 %	66,67 %
		BOA VIAGEM	3	11,11 %	77,78 %
		JORDAO	1	3,70 %	81,48 %
		JARDIM SAO PAULO	1	3,70 %	85,19 %
		VARZEA	1	3,70 %	88,89 %
		BRASILIA TEIMOSA	1	3,70 %	92,59 %
		IPSEP	1	3,70 %	96,30 %
		ESTANCIA	1	3,70 %	100,00 %

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

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

Emitido por: CLELIOTS
Em: 05/07/2026 16:16

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/06/2026 a 30/06/2026

UF	Município	Bairro		Total	% Total	% Acumulado
PE			**Total Município:**	**27**	**0,61 %**	
	SAO LOURENCO DA MAT	PARQUE CAPIBARIBE		6	85,71 %	85,71 %
		CAPIBARIBE		1	14,29 %	100,00 %
			Total Município:	**7**	**0,16 %**	
	PAULISTA	JANGA		3	50,00 %	50,00 %
		NOBRE		1	16,67 %	66,67 %
		PAU AMARELO		1	16,67 %	83,33 %
		MARANGUAPE I		1	16,67 %	100,00 %
			Total Município:	**6**	**0,13 %**	
	OLINDA	SAPUCAIA		2	50,00 %	50,00 %
		BULTRINS		1	25,00 %	75,00 %
		RIO DOCE		1	25,00 %	100,00 %
			Total Município:	**4**	**0,09 %**	
	CAMARAGIBE	VALE DAS PEDREIRAS		1	33,33 %	33,33 %
		SANTANA		1	33,33 %	66,67 %
		BAIRRO NOVO DO CARMELO		1	33,33 %	100,00 %
			Total Município:	**3**	**0,07 %**	
	ABREU E LIMA	CAETES I		1	50,00 %	50,00 %
		FOSFATO		1	50,00 %	100,00 %
			Total Município:	**2**	**0,04 %**	
	IPOJUCA	SUAPE		2	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**2**	**0,04 %**	
	ESCADA	CAIXA POSTAL		2	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**2**	**0,04 %**	
	PONTE DOS CARVALHOS	CAIXA POSTAL		1	50,00 %	50,00 %
		PONTEZINHA		1	50,00 %	100,00 %
			Total Município:	**2**	**0,04 %**	
	CABO	CENTRO		2	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**2**	**0,04 %**	
	IGARASSU	CENTRO		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**0,02 %**	
	OLINDA	AGUAS COMPRIDAS		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**0,02 %**	
	CARUARU	BOA VISTA		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**0,02 %**	
	ITAPISSUMA	CAIXA POSTAL		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**0,02 %**	
	VITORIA DE SANTO ANTA	LIDIA QUEIROZ		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**0,02 %**	
	TAMANDARE	CAIXA POSTAL		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**0,02 %**	

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

Tipo de Atendimento: TODOS - Origem: TODAS - Período de 01/06/2026 a 30/06/2026

UF	Município	Bairro		Total	% Total	% Acumulado
PE	BARREIROS	CAIXA POSTAL		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**0,02 %**	
			Total uf:	**99,78 %**	**99,78 %**	
BA	MATA DE SAO JOAO	CAIXA POSTAL		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**33,33 %**	
	ALAGOINHAS	ALAGOINHAS VELHA		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**33,33 %**	
	CHORROCHO	CAIXA POSTAL		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**33,33 %**	
			Total uf:	**0,07 %**	**0,07 %**	
RJ	CABO FRIO	PORTO DO CARRO		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**50,00 %**	
	DUQUE DE CAXIAS	GRAMACHO		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**50,00 %**	
			Total uf:	**0,04 %**	**0,04 %**	
SP	CAMPINAS	JARDIM NOVA EUROPA		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**50,00 %**	
	SAO PAULO	VILA INDIANA		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**50,00 %**	
			Total uf:	**0,04 %**	**0,04 %**	
PB	JOAO PESSOA	VARADOURO		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**100,00 %**	
			Total uf:	**0,02 %**	**0,02 %**	
ES	SERRA	JARDIM TROPICAL		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**100,00 %**	
			Total uf:	**0,02 %**	**0,02 %**	
RS	PORTO ALEGRE	SANTA TEREZA		1	100,00 %	100,00 %
			Total Município:	**1**	**100,00 %**	
			Total uf:	**0,02 %**	**0,02 %**	
			Total Geral:	**4471**	**100.00%**	

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

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 JUNHO registramos 5 trocas de sonda apenas, do usuário abaixo relacionado.

Nome: J.L.S. 7ª Tv Ladeira da igreja, Guararapes, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Nome: A.J.A. Rua Dezenove, Ponte dos Carvalhos, Cabo/PE.

Nome: L.G.S. Rua Vidal de negreiros, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes/PE.

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

Nome: J.M.S. Av. dos Estudantes, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes/PE.

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

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Diretora Geral

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.

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

8 FATURAMENTO

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

UPA SOTAVE
Inaide Santos
Diretora Geral

FATURA SIA/SUS 06/2026 : 01/06/2026 - 30/06/2026- Somente BPA; Tipo de Tratamento: Todos; Grupo de Procedimento: Todos; Tipo de Procedimento: Todos; Ordem Relatório: DESCRICAO; Tipo Relatório: Setor Executante: Todos;

Grupo: 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Tipo : Interno

Sub Grupo: 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO

Forma de Organização: 01 - EXAMES BIOQUIMICOS

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	0,00	0,00	137	2,25	308,25
0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	0,00	0,00	172	2,01	345,72
0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	0,00	0,00	336	1,85	621,60
0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	0,00	0,00	373	1,85	690,05
0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	0,00	0,00	81	3,68	298,08
0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	0,00	0,00	30	4,12	123,60
0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	0,00	0,00	120	2,01	241,20
0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	0,00	0,00	345	1,85	638,25
0202010635	DOSAGEM DE SODIO	0,00	0,00	344	1,85	636,40
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	0,00	0,00	219	2,01	440,19
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	0,00	0,00	219	2,01	440,19
0202010694	DOSAGEM DE UREIA	0,00	0,00	373	1,85	690,05
0202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	0,00	0,00	109	15,65	1.705,85
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	2658	42,99	7.179,43

Forma de Organização: 02 - EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0202020134	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	0,00	0,00	35	5,77	201,95
0202020142	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	0,00	0,00	34	2,73	92,82
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	0,00	0,00	456	4,11	1.874,16
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	525	12,61	2.168,93

Forma de Organização: 03 - EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0202030040	DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	0,00	0,00	9	65,00	585,00
0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	0,00	0,00	80	9,00	720,00
0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE	0,00	0,00	9	18,55	166,95
0202030903	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	0,00	0,00	118	20,00	2.360,00
0202031110	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO	0,00	0,00	10	2,83	28,30
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	226	115,38	3.860,25

Forma de Organização: 05 - EXAMES DE UROANÁLISE

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	0,00	0,00	308	3,70	1.139,60
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	308	3,70	1.139,60
	Total Sub Grupo:	0,00	0,00	3917	174,68	14.348,21

Sub Grupo: 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA

FATURA SIA/SUS 06/2026 : 01/06/2026 - 30/06/2026- Somente BPA; Tipo de Tratamento: Todos; Grupo de Procedimento: Todos; Tipo de Procedimento: Todos; Ordem Relatório: DESCRICAO; Tipo Relatório: Setor Executante: Todos;

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

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	0,00	0,00	5	7,52	37,60
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	0,00	0,00	7	7,32	51,24
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	12	14,84	88,84

Forma de Organização: 02 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	0,00	0,00	1	8,33	8,33
0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	0,00	0,00	9	9,73	87,57
0204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	0,00	0,00	2	15,58	31,16
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	12	33,64	127,06

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

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	0,00	0,00	332	9,50	3.154,00
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	332	9,50	3.154,00

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

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	0,00	0,00	7	6,42	44,94
0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	0,00	0,00	1	7,40	7,40
0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	0,00	0,00	1	5,90	5,90
0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	0,00	0,00	2	7,98	15,96
0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	0,00	0,00	13	6,30	81,90
0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	0,00	0,00	1	6,91	6,91
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	25	40,91	163,01

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

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	0,00	0,00	36	7,17	258,12
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	36	7,17	258,12

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

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	0,00	0,00	1	7,77	7,77
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	0,00	0,00	4	7,77	31,08
0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	0,00	0,00	4	6,50	26,00
0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	0,00	0,00	3	8,94	26,82
0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	0,00	0,00	7	9,29	65,03
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	0,00	0,00	17	6,78	115,26
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	36	47,05	271,96
	Total Sub Grupo:	0,00	0,00	453	153,11	4.062,99

Sub Grupo: 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES

Forma de Organização: 02 - DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA

Procedimento	Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	0,00	0,00	189	5,15	973,35
	Total Forma de Organização:	0,00	0,00	189	5,15	973,35

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

Total Sub Grupo:	0,00	0,00	189	5,15	973,35

Sub Grupo: 14 - DIAGNOSTICO POR TESTE RÁPIDO
Forma de Organização: 01 - TESTE REALIZADO FORA DA ESTRUTURA DE LABORATÓRIO

Procedimento Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0214010015 GLICEMIA CAPILAR	0,00	0,00	340	0,00	0,00
0214010163 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	0,00	0,00	11	0,00	0,00
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	351	0,00	0,00
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	351	0,00	0,00
Total Tipo de Atendimento:	0,00	0,00	4910	332,94	19.384,55
Total de Procedimento(s): 44 Total Grupo:	0,00	0,00	4910	332,94	19.384,55

Grupo: 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Tipo : Interno

Sub Grupo: 01 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS
Forma de Organização: 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR

Procedimento Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇAO ESPECIALIZADA (EXCE	0,00	0,00	1	6,30	6,30
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇAO PRIMARIA (EXCETO ME	0,00	0,00	89	0,00	0,00
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	90	6,30	6,30

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

Procedimento Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	0,00	0,00	3907	0,00	0,00
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZ	0,00	0,00	52	12,47	648,44
0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	0,00	0,00	4630	11,00	50.930,00
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	8589	23,47	51.578,44

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

Procedimento Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA	0,00	0,00	4548	0,63	2.865,24
0301100195 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA	0,00	0,00	24	0,00	0,00
0301100039 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	0,00	0,00	63	0,00	0,00
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO	0,00	0,00	1	0,00	0,00
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	0,00	0,00	7	0,00	0,00
0301100276 CURATIVO ESPECIAL	0,00	0,00	8	0,00	0,00
0301100284 CURATIVO SIMPLES	0,00	0,00	59	0,00	0,00
0301100101 INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	0,00	0,00	1	0,00	0,00
0301100128 LAVAGEM GASTRICA	0,00	0,00	1	0,00	0,00
0301100144 OXIGENOTERAPIA POR DIA	0,00	0,00	16	0,00	0,00
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	4728	0,63	2.865,24
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	13407	30,40	54.449,98

Total Tipo de Atendimento:	0,00	0,00	13407	30,40	54.449,98
Total de Procedimento(s): 15 Total Grupo:	0,00	0,00	13407	30,40	54.449,98

Grupo: 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Tipo : Interno

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

Procedimento Descrição	Anestesista	Profissional	Qtd.	Vl. Unitário	Vl. Total
0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	0,00	0,00	19	23,16	440,04
Total Forma de Organização:	0,00	0,00	19	23,16	440,04
Total Sub Grupo:	0,00	0,00	19	23,16	440,04
Total Tipo de Atendimento:	0,00	0,00	19	23,16	440,04
Total de Procedimento(s): 1 Total Grupo:	0,00	0,00	19	23,16	440,04
			18336		74.274,57

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

9 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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

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

Comissão de Ética Médica

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

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

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

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Diretora Geral

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

Comissão de Ética em enfermagem

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

Protocolos Institucionais

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

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

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

Gerenciamento de Resíduos

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

Manutenção da estrutura físico-funcional e mobiliários

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Conforme estabelecido no Contrato 001/2022, o relatório evidencia bons resultados relacionados às metas de indicadores dos serviços prestados na UPA Sotave, especialmente alcançada nesse mês de Junho que, apesar de feriados e jogos de futebol da Copa, período onde se evidencia a diminuição de pacientes nos serviços de urgência e emergências, ainda assim tivemos bem próximo de alcançar a meta pactuada de atendimentos, vide Relatório de Indicadores Assistenciais. **ANEXO V**

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

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

Jaboatão dos Guarapes, 10 de julho de 2026.

Inalda Santos
Diretrora Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

11 ANEXOS

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

Anexo I

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

Anexo II

- Relatório das ações de Educação Permanente e Serviço Social

Anexo III

- Relatório de Gerenciamento de Resíduos

Anexo IV

- Relatório de Manutenção da estrutura Predial e mobiliários

Anexo V

- Relatório de indicadores

Anexo VI

- Escalas do mês de JUNHO

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ANEXO I

UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

Área Emitente:	Responsável pela Emissão:	Data da Emissão:
Direção Assistencial	Ivana Barbosa	08/07/2026

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Ivana Barbosa	08/07/2026	14h00min	15h30min

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

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

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

UPA JOTAÃO
Inalda Santos
Diretora Geral

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

RELATÓRIO MENSAL

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

Indicadores: Referente ao mês de maio e junho de 2026.

Empréstimo:.

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

No mês de junho, observou-se uma diminuição na solicitação de empréstimos em comparação aos períodos anteriores, demonstrando uma melhora no equilíbrio dos estoques e na programação de abastecimento. Esse resultado sugere maior assertividade no processo de reposição dos itens e redução de intercorrências relacionadas à indisponibilidade de medicamentos e materiais. A manutenção desse desempenho depende da continuidade do monitoramento dos níveis de estoque, do alinhamento entre a unidade e o setor de compras, garantindo maior autonomia da unidade e minimizando impactos na assistência aos pacientes.

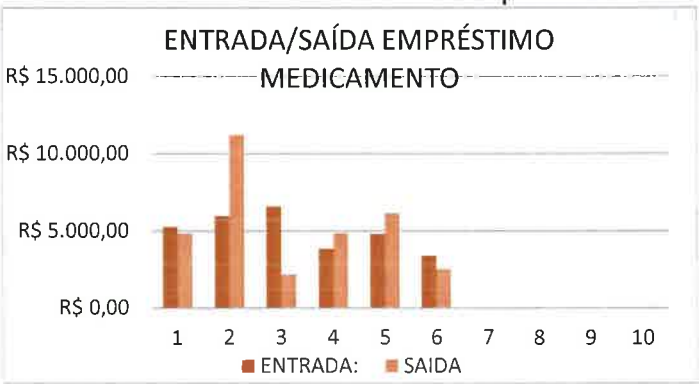


Gráfico 1: Movimentação de empréstimo de medicamentos

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

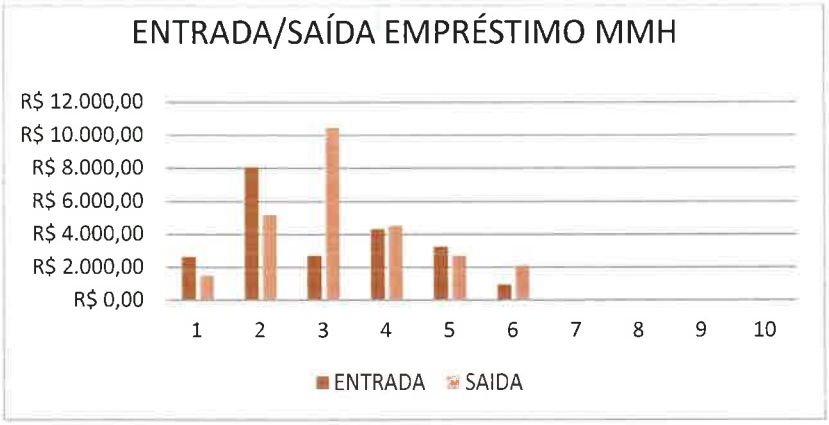


Gráfico 2: Movimentação de empréstimo de MMH

Gráfico 3: Movimentação de empréstimo de Material de Segurança

MAIO				
ENTRADA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R$ 4.787,24	R$ 3.245,66	R$ 00,00	R$ 00,00
SAÍDA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R$ 6.139,52	R$ 2.691,18	R$ 00,00	R$ 00,00
JUNHO				
ENTRADA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R$ 3.370,80	R$ 1.163,35	R$ 00,00	R$ 272,67
SAÍDA	MED	MMH	ODONTO	MAT SEG
	R$ 2.509,96	R$ 928,59	R$ 00,00	R$ 00,00

Tabela 1: Valores de entrada/saída de empréstimo

UPA SORAYA
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

Indicador de Quebras

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

1. Perdas por Validade

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

2. Perdas por Quebra

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

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Valores Quebras	R$ 136,30	R$ 175,43	R$ 303,99	R$ 129,00	R$ 23,33	R$ 23,32				
Valores Validade	R$ 74,79	R$ 422,58	R$ 713,34	R$ 445,00	R$ 618,12	R$ 40,98				
Valor total	R$ 211,1	R$ 598,00	R$ 1.017	R$ 573,6	R$ 641,45	R$ 64,30				

Tabela 2: Perdas

Gráfico 4: Perdas

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

No período Junho 2026, o valor total das perdas foi de R$ 64,30, frente a um estoque de R$ 89.990,79, correspondendo a aproximadamente 0,07% do valor total estocado. O resultado demonstra um índice de perdas bastante reduzido.

Do valor total das perdas, R$ 40,98 referem-se a perdas por validade, enquanto R$ 23,32 correspondem a quebras decorrentes de avarias ou outros fatores operacionais. Ambos os valores apresentam impacto financeiro pouco expressivo quando comparados ao estoque total da unidade.

O mês de Junho tivemos o menor número que quebra dos últimos seis meses.

Acompanhamento do perfil de pacientes atendidos na unidade

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

- **Especialidade Médica:**

Gráfico 5: Especialidade Medica Junho 2026

Especialidade	QTDE
Clinica Geral	3.707
Pediatria	590
Odontologia	175
Assistência Social	1

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**	PREFEITURA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES

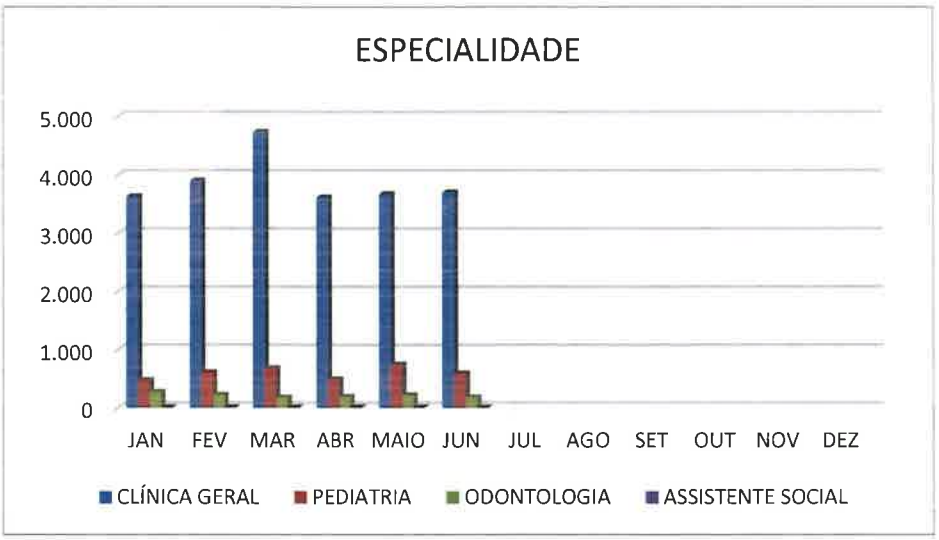
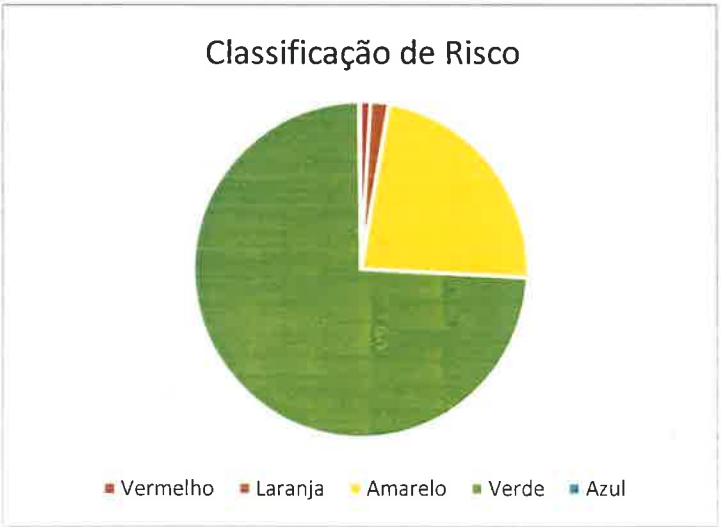


Gráfico 6: Comparativo das Especialidades Médicas

- **Classificação de Risco**



Classificação de Risco	QTDE
Vermelho	41
Laranja	80
Amarelo	1.033
Verde	3.317
Azul	6

Gráfico 7: Classificação de Risco.

UPA SOLAIE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

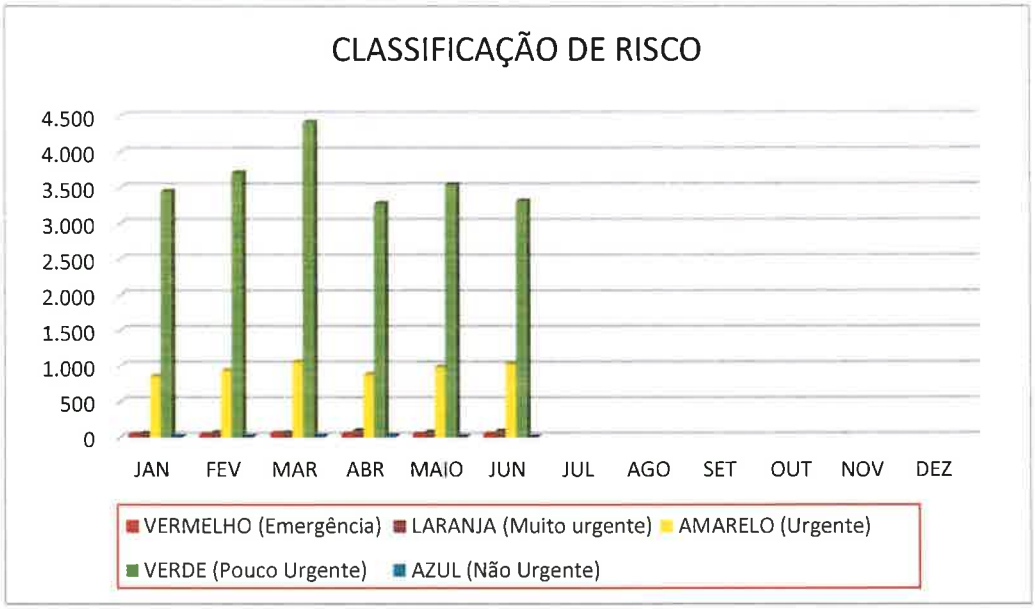


Gráfico 8: Comparativo da Classificação de Risco.

A análise do perfil de classificação de risco evidencia um aumento no número de pacientes classificados como laranja e amarelo no mês de junho em comparação ao mês de maio, mesmo diante de uma redução no volume total de atendimentos da unidade. Em maio foram registrados 4.641 atendimentos, enquanto em junho esse número reduziu para 4.474 atendimentos, correspondendo a uma diminuição de aproximadamente 3,6%.

Apesar dessa redução na demanda total, os atendimentos classificados como laranja passaram de 69 para 80 pacientes, representando um aumento de aproximadamente 15,9%, e os classificados como amarelo aumentaram de 986 para 1.033 pacientes, correspondendo a um crescimento de cerca de 4,8%. Esse comportamento demonstra que, proporcionalmente, a unidade assistiu um maior número de pacientes com condições clínicas de maior gravidade e urgência durante o mês de junho.

Esse cenário pode impactar diretamente o consumo de medicamentos, materiais médico-hospitalares, exames, utilização de leitos de observação e tempo de permanência dos pacientes, além de demandar maior mobilização das equipes assistenciais. O acompanhamento desse indicador é essencial para subsidiar o planejamento da assistência, permitindo adequar o dimensionamento de recursos humanos, o abastecimento de medicamentos e insumos estratégicos, bem como revisar fluxos assistenciais quando necessário.

UPA 24 HAE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**	PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES

Inalatórios

INALATORIOS	QTDE
Beclometasona Dipropionato	0
Ipratrópio 200mcg/Dose - Spray	3
Salbutamol Spray 100mcg/Dose	53

Gráfico 9: Inalatórios

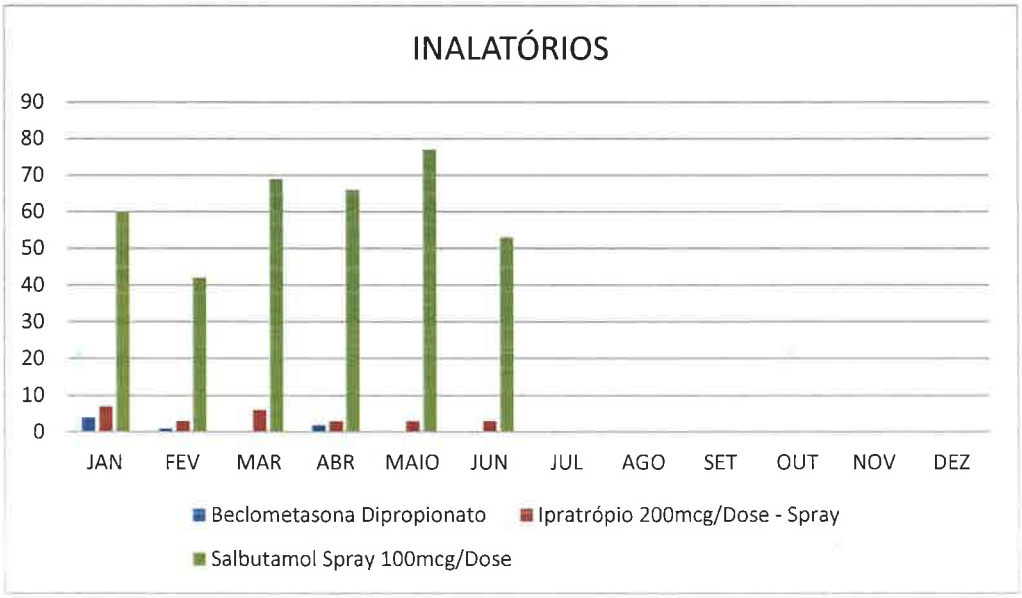


Gráfico 10: Comparativo de Inalatórios

A diminuição da utilização de inalatórios pode estar relacionada à redução de casos de síndromes respiratórias agudas, crises de asma e outras condições que demandam terapia inalatória.

UPA SETAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

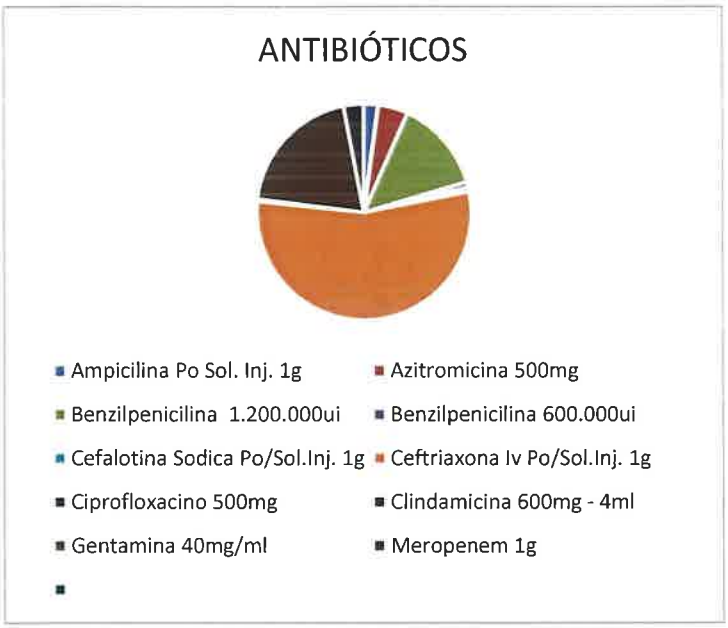
GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

JABOATÃO DOS GUARARAPES

- **Antibióticos utilizados**



ANTIBIÓTICOS	QTDE
Ampicilina Po Sol. Inj. 1g	19
Azitromicina 500mg	40
Benzilpenicilina 1.200.000ui	122
Benzilpenicilina 600.000ui	7
Cefalotina Sodica Po/Sol.Inj. 1g	6
Ceftriaxona Iv Po/Sol.Inj. 1g	485
Ciprofloxacino 500mg	3
Clindamicina 600mg - 4ml	177
Gentamina 40mg/ml	0
Meropenem 1g	27
Meropenem 500mg	0

Gráfico 11: Antibióticos

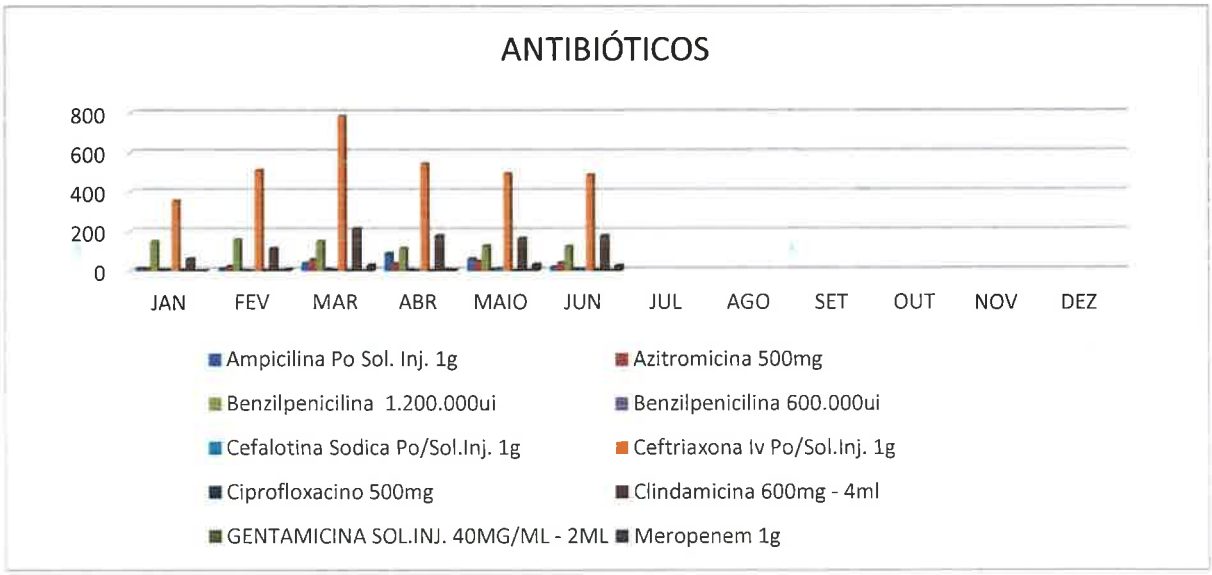


Gráfico 12: Comparativo de Antibióticos

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

Assim como nos inalatórios tambem os antibióticos voltados para o tratamentos das sindromes respiratorias adulto e infantil também tem diminuido seu consumo na unidade.

- **Psicotrópicos**

PSICOTROPICOS	QTDE
Diazepam Comp. 5mg	87
Diazepam Sol.Inj. 5mg/Ml - 2ml	20
Etomidato 2mg / Ml Sol Inj 10ml	7
Fenitoina Sol.Inj. 250mg - 5ml	14
Fentanila 0,05mg/Ml - 10ml	50
Flumazenil Sol.Inj. 0,5mg - 5ml	5
Haloperidol Sol. Inj. 5 Mg/Ml Amp.	16
Midazolam . 5mg/Ml - 10ml	59
Midazolam 5mg/Ml - 3ml	0
Morfina Sulfato . 10mg/Ml	8
Morfina Sulfato 1mg/Ml 2ml	1
Propofol Sol.Inj. 10mg/Ml - 20ml	2
Tramadol Sol.Inj. 100mg/2ml	299
Tramadol Sol.Inj. 50mg - 1ml	29

Gráfico 13: Psicotrópicos

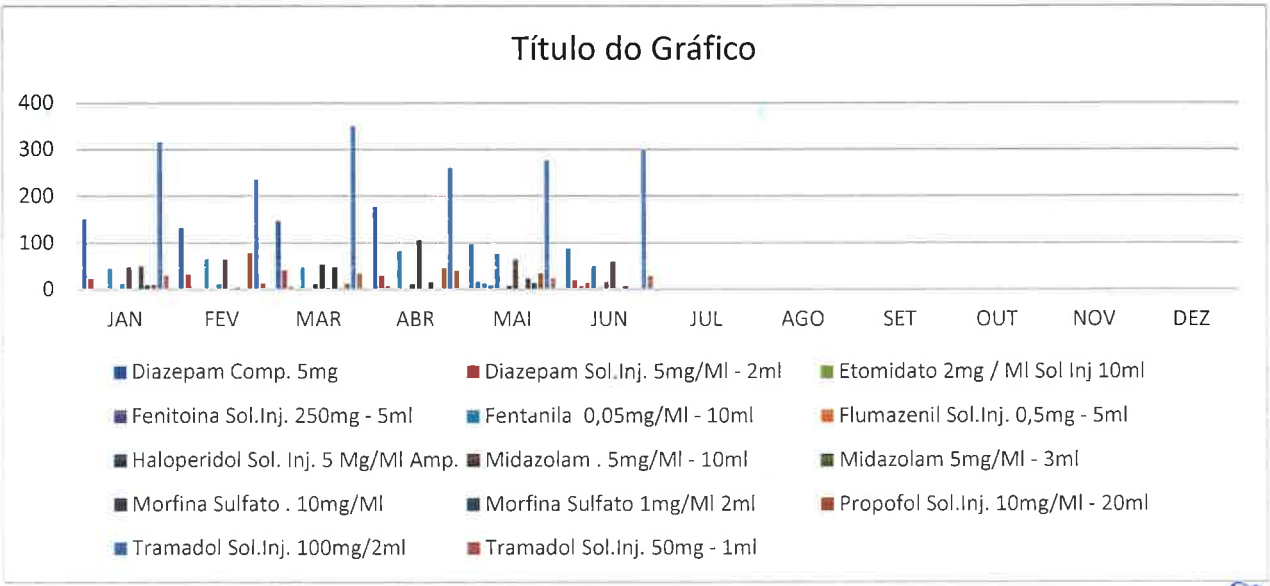


Gráfico 14: Comparativo de Psicotópicos

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**	PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES

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

'O acompanhamento do consumo de medicamentos com base no perfil epidemiológico da unidade é fundamental para garantir que o abastecimento esteja alinhado às necessidades da população atendida. Esse monitoramento permite identificar alterações no padrão de utilização dos medicamentos, subsidiar o planejamento de compras, evitar desabastecimentos e reduzir perdas por vencimento. Além disso, favorece o uso racional dos recursos, orienta a revisão de protocolos assistenciais e fortalece a tomada de decisões, contribuindo para uma assistência mais segura, eficiente e de qualidade.

Jaboatão dos Guararapes, 08 de Julho de 2026.

S3 Ivana Barbosa Coord. de Farmácia CRF/PE 03224

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

UPA SOTAVE Inalda Santos Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	JABOATÃO

5Área Emitente:	Responsável pela Emissão:	Data da Emissão:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Epidemiologia	Danielly Carneiro	08/07/2026

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Planejamento de ações da Comissão e Estratégias de treinamentos.	Danielly Carneiro	08/07/2026	14h30min	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	
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	—	
Paulo Carvalho	Presente	P/ Mariana Menezes
Gisele de Oliveira B. Tenório	Presente	
Luciana Serpa	Presente	
Ivana Barbosa	Presente	Ivana Barbosa
Rafaela Monique Ferreira do Nascimento	Presente	
Luciana Cardoso	Presente	
Rafaelly Monike Marques melo	Ausente	—

ATA DA REUNIÃO

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

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

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

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

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

1. AÇÕES DESENVOLVIDAS

ATIVIDADE – 01
ATIVIDADE DIVERSA: Reforço das ações educativas sobre coleta seletiva e descarte adequado de resíduos, incluindo separação de materiais recicláveis e manejo correto de embalagens de soro, conforme normas ambientais e protocolos institucionais.
TEMÁTICA: Promover a conscientização sobre práticas sustentáveis e a responsabilidade ambiental entre os colaboradores.
PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.

UPA SOAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

ATIVIDADE – 02

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada campanha de vacinação contra Influenza e COVID-19 para todos os colaboradores da instituição.

TEMÁTICA: Incentivar a imunização e a prevenção de doenças respiratórias, promovendo a saúde e a segurança dos colaboradores.

PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores.

ATIVIDADE–03
ATIVIDADE DIVERSA:
Realização de treinamento in loco sobre o descarte correto de materiais perfurocortantes, abordando orientações, medidas de segurança e padronização das condutas para o manejo adequado dos resíduos na unidade.
TEMÁTICA: Reforçar o conhecimento e a aplicação correta das práticas de descarte de perfurocortantes, promovendo a segurança dos profissionais, prevenção de acidentes ocupacionais e cumprimento das normas de biossegurança e controle de infecção.
PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade.

UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

ATIVIDADE – 04

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

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

PÚBLICO-ALVO: Equipe médica da unidade.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

RELATÓRIO MENSAL

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

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

ANEXO- 1

NA UPA SOTAVE 10 CID'S

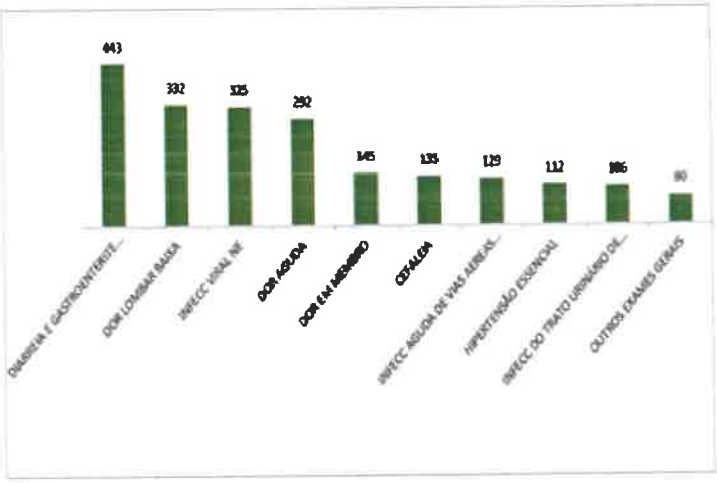
GESTÃO EM SAÚDE

Segurança do Paciente

PERFIL EPIDEMIOLOGICO

UPA SOTAVE

RESULTADO GERAL-JUNHO 2026



A importância do perfil epidemiológico na UPA Sotave

Apresentar o perfil epidemiológico na UPA Sotave é essencial para compreender quais doenças e agravos mais atingem a população atendida. Esses dados permitem identificar tendências, orientar decisões, organizar recursos e melhorar os protocolos de assistência. Com isso, a unidade fortalece o planejamento das ações de saúde, aprimora a qualidade do atendimento e garante respostas mais rápidas e eficazes às necessidades do território.

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

Análise do Perfil Epidemiológico – Junho de 2026

Os dados epidemiológicos de junho de 2026 evidenciam o predomínio dos atendimentos por **Diarreia e Gastroenterite**, seguidos por **Dor Lombar Baixa**, **Infecção Viral** e **Dor Aguda**, demonstrando a manutenção de um perfil assistencial com predominância de agravos gastrointestinais, musculoesqueléticos e infecciosos. Também se destacaram os atendimentos por **Dor em Membro**, **Cefaleia**, **Infecção Aguda de Vias Aéreas**, **Hipertensão Essencial**, **Infecção do Trato Urinário (ITU)** e **Outros Exames Gerais**. O cenário reforça a importância da vigilância epidemiológica contínua, das ações de prevenção e do acompanhamento das condições agudas e crônicas, subsidiando estratégias para qualificar a assistência e fortalecer a segurança do paciente na unidade.

UPA SOLAYE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

ANEXO- 2

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 substituida imediatamente?			
Foram realizados Procedimentos para identificação do paciente antes do procedimento?			
A pulseira de identificação foi removida, pelo porteiro, após a alta ou transferência do paciente para outra unidade de atendimento à saúde?			
Quanto as cores das pulseiras e/ou adesivos, foram utilizados corretamente?			
No momento da realização da administração de medicamentos, administração do sangue, administração de hemoderivados, coleta de material para exame, entrega da dieta e; realização de procedimentos invasivos foi confirmado o nome do paciente?			
ACOMPANHAMENTO DIÁRIO Realiza-se diariamente a **verificação da correta identificação dos pacientes**, incluindo conferência de **pulseiras, nome completo e registro nos prontuários**, garantindo segurança.			

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	JABOATÃO

ANEXO- 3 INDICAÇÃO DA SVD – BUNDLE DIÁRIO

Leito: **Registro:** **Data :** _____/_____/_____ **Horário:**
Nome do Paciente:

Indicação da SVD

(__) Impossibilidade do paciente de urinar espontaneamente
(__) Instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorizarão de débito urinário
(__) Medida de conforto em paciente
(__) Outro qual? _____

Realização do procedimento de passagem de SVD

1. Higiene das mãos ?	(__) Sim	(_)Não
2. Paramentado com EPIs (touca, máscara, óculos de proteção e luva de procedimento) o responsável pela passagem e o auxiliar ?	(__) Sim	(_)Não
3. Realizado higiene íntima com água e sabão / sabonete ?	(__) Sim	(_)Não
4. Retirada de luvas de procedimento e higienizado as mãos após realização da higiene íntima ?	(__) Sim	( )Não
5. Abertura de materiais com técnica asséptica?	(__) Sim	(_)Não
6. Calçado luva estéril em técnica asséptica?	(__) Sim	(_)Não
7. Utilizado campo estéril?	(__) Sim	(_)Não
8. Realizado antissepsia do meato uretral com **Clorexidina Aquosa 2%**, antes da passagem da sonda ?	(__) Sim	(_)Não
9. Retirado a luva estéril e higienizado as mãos?	(__) Sim	(_)Não
10. Calçado novo par de luvas estéreis?	(__) Sim	(_)Não
11. Aplicado gel estéril (uso único) na extremidade do cateter (mulher)/ meato uretral (homem)?	(__) Sim	(_)Não
12. A bolsa coletora foi conectada a sonda antes de iniciar o procedimento de inserção ?	(__) Sim	( )Não
13. A sonda foi fixada imediatamente após a finalização do procedimento de forma adequada?	(__) Sim	(_)Não
14. A passagem de sonda foi na primeira tentativa ?	(__) Sim	(_)Não.
15. Identificação do procedimento na bolsa coletora? (paciente, data, unidade internação)	(__) Sim	(_)Não
16. Abertura do "clamp"? Posicionado a bolsa coletora abaixo da bexiga do paciente?	(__) Sim	(_)Não

Observação:

Qual a categoria do profissional que realizou o procedimento? (__) Enfermeiro ou (__) Médico

Nome legível do profissional que realizou o procedimento:

Assinatura e carimbo do profissional que realizou o preenchimento dos dados:

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

UPA SOLAR
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	JABOATÃO

ANEXO- 4

NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE/SCIH- UPA SOTAVE

TÍTULO: NÃO CONFORMIDADE DAS EVIDÊNCIAS DIÁRIAS DOS SETORES

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

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

ANEXO- 5

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

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

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

ANEXO- 6

CHECKLIST DE AUDITORIA SIMPLIFICADA (CCIH / NQSP)

AUDITORIA – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Período de observação: 2 horas
Setor: _POSTO
ADULTO

Item Avaliado	Sim	Não	NA
Realiza higiene antes do contato com o paciente	☐	☐	☐
Realiza higiene após contato com o paciente	☐	☐	☐
Utiliza produto adequado	☐	☐	☐
Executa técnica correta	☐	☐	☐
Respeita tempo recomendado	☐	☐	☐

Observações

Ações de Melhoria Sugeridas

Responsável: _____ Assinatura: _____

CHECKLIST – USO DE ADORNOS

Equipe de Enfermagem

Data: __/__/____
Setor: _____
Turno: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite
Responsável pela verificação: _____

ADORNOS (CONFORME NR-32 E BOAS PRÁTICAS)

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

** Conforme protocolo institucional*

NÃO CONFORMIDADES OBSERVADAS

ANEXOS – DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE MONITORAMENTO

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

UPA SUAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

de riscos de contaminação e manutenção da segurança do paciente. Essas ações fortalecem a padronização dos processos, a cultura de segurança e a qualidade da assistência prestada.

GESTÃO EM SAÚDE

✅ **CHECKLIST PRÁTICO – POPs ASSISTENCIAIS JUNHO/2026**

01. POP – POLITRAUMATIZADO

02. POP – RISCO DE QUEDA MEDICAMENTOSA

03. POP – DESCARTE DE RESÍDUOS E MONTAGEM DE CAIXA PERFUROCORTANTE

04. POP – HIPODERMOCLISE

05. POP - CME

06. POP ENXOVAL

07. POP RCP

08. POP RECICLAGEM GERAL

09. CAPACITAÇÃO SBA/ONA

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

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**	PREFEITURA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES

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

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

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

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

UPA SUL/JE
Inalda Santos
Diretora Geral

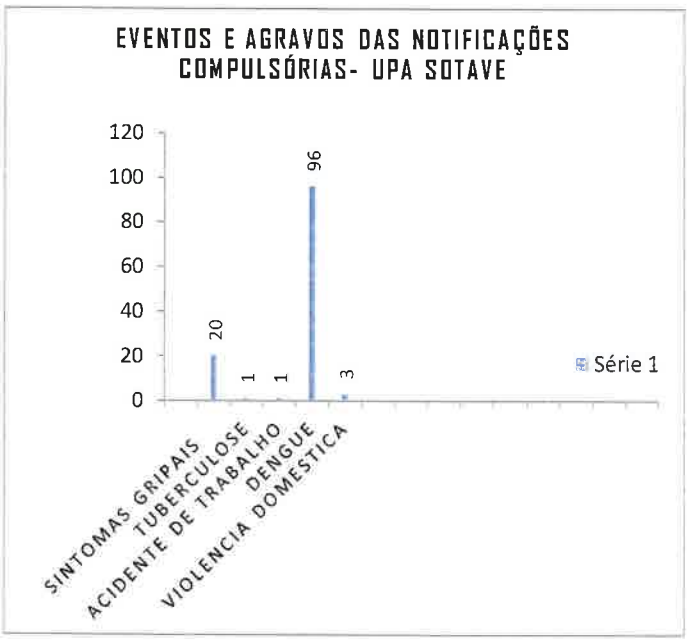
S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH E NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	JABOATÃO

2. NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

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

Análise das Notificações Compulsórias – Junho de 2026

No mês de junho de 2026, a **Dengue** permaneceu como o principal agravo de notificação compulsória, totalizando **96 casos**, seguida pelos **Sintomas Gripais**, com **20 notificações**. Também foram registrados **3 casos de Violência Doméstica**, **1 caso de Tuberculose** e **1 Acidente de Trabalho**, evidenciando a necessidade de manter a vigilância epidemiológica ativa. Os dados reforçam a importância da notificação oportuna, do monitoramento contínuo e das ações de prevenção e controle desenvolvidas pela CCIH em conjunto com a Vigilância em Saúde, contribuindo para o planejamento e a adoção de medidas voltadas à proteção da população e à qualidade da assistência.



Notificações compulsórias referentes ao mês de junho de 2026

Jaboatão dos Guararapes, 08 de julho de 2026.

Danielly Carneiro
Coren-PE 693017
Educação Permanente em Saúde
UPA SOTAVE

DANIELLY TOMAZ DE MENDONÇA CARNEIRO
Enf. SCIH/NEPI

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**	JABOATÃO

Área Emitente:	Responsável pela Emissão:	Data da Emissão:
Comissão de Revisão de Prontuários	Antônio Marcelo carvalho	08/07/2026

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Reunião de Alinhamento da Comissão de Revisão de Prontuários	Antônio Marcelo Carvalho	08/07/2026	14h30min	15h30min

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

PARTICIPANTES		
NOME	STATUS (presente/ausente)	ASSINATURA
Antônio Marcelo C. Carvalho Junior	Presente	
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Ausente	
Jacyara Maria R. Do Nascimento	Presente	
Julieta Hennessey	Presente	
Rafaela Monique Ferreira do Nascimento	Presente	
Rafaelly Monike Melo	Ausente	—

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

LIRA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**	JABOATÃO

RELATÓRIO MENSAL

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

Neste mês de maio, foram auditados 10% dos prontuários, **arredondados para 478, do universo de 4.474 atendimentos realizados.** Através dos registros multiprofissionais, buscamos identificar oportunidades de melhoria que possam aprimorar a qualidade do atendimento. A análise dos prontuários não apenas permite avaliar a conformidade com as práticas recomendadas, mas avaliar se a assistência prestada ao paciente foi segura, adequada, completa e conforme os protocolos institucionais, além de identificar oportunidades de melhoria nos processos do cuidado. De forma mais clara, a análise de prontuários tem como objetivos principais: Verificar a qualidade dos registros (elegibilidade, completude, clareza, datas, horários, identificação do profissional e do paciente); Garantir a segurança do paciente, identificando falhas como erros de identificação, omissões de registros, falhas na prescrição, administração de medicamentos e procedimentos; Avaliar a conformidade legal e ética (o prontuário é um documento legal, em sua análise verificamos se atende às exigências normativas e legais); Promover a melhoria contínua da assistência com base em evidências reais do cuidado prestado.

Durante a avaliação dos registros assistenciais, realizada por meio dos formulários específicos de auditoria (Anexo I), foram analisados **478 prontuários**, contemplando os principais componentes do processo de registro assistencial. Constatou-se que: Nas evoluções médicas das especialidades de Clínica Geral e Pediatria, foram identificados 409 registros conformes, correspondendo a 85,6%, e 69 registros classificados como "não se aplica" (14,4%), compatíveis com atendimentos que não demanda evolução médica formal.

Quanto à impressão do Boletim de Atendimento Inicial (Ficha de Rosto), verificaram-se **459 registros conformes (96%) e 19 não conformes (4%).** Este permaneceu como o item com maior número de não conformidades, relacionadas principalmente à ausência ou ao preenchimento incompleto de informações obrigatórias, com potencial impacto na segurança do paciente e na rastreabilidade das informações assisnteciais.

UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

Entretanto, em compração ao mês de maio, quando foram registradas 23 não conformidades nesse item, observou-se redução para 19 em junho, correspondendo a uma **diminuição de 17,4%** no número de registros não conformes. Esse resultado demonstra tendência de melhoria na qualidade do preenchimento da documentação assistencial, refletindo maior adesão às orientações institucionais.

Em relação às prescrições médicas, foram identificados 432 registros conformes e 46 classificados como **"não se aplica"**, evidenciando adequada conformidade nos casos em que a prescrição era indicada. As evoluções de Enfermagem e Serviço Social permaneceram com **100% de conformidade**, sem identificação de não conformidades durante o período avaliado.

De forma geral, os resultados evidenciam elevado nível de conformidade dos registros assistenciais, demonstrando fortalecimento das práticas de documentação clínica e maior aderência aos protocolos institucionais.

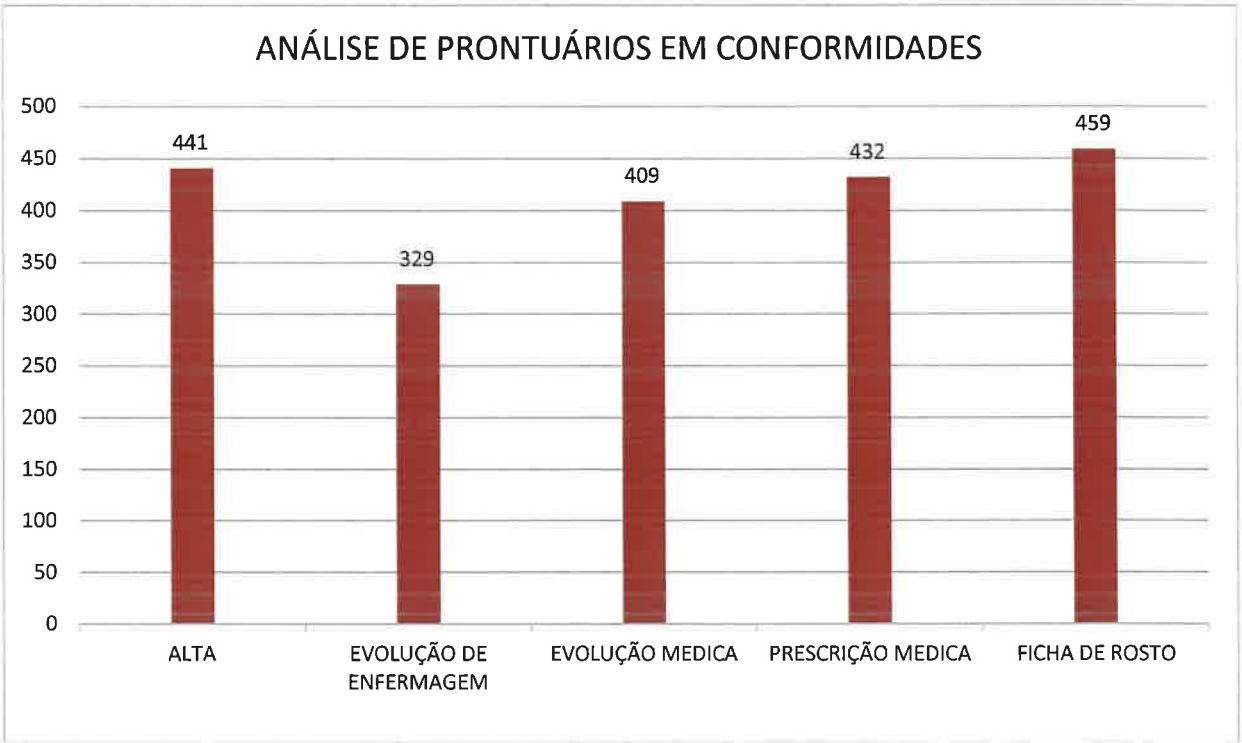
No indicador referente aos registros de alta hospitalar, observou-se aumento dos registros conformes, passando de 422 em maio para 441 em junho, correspondendo a um **incremento de 4,5%.** Esse resultado demonstra evolução positiva na qualidade do preenchimento das informações de alta, contirbuindo para maior completude, continuidade do cuidado e segurança da informação. Paralelamente, os registros não conformes reduziram de 43 em maio para 37 em junho, representando uma **redução de 14%** no quantitativo de inadequações. Esse desempenho reforça a efetividade das ações de monitoramento e qualificação dos registros assistenciais implementadas pela equipe.

A análise comparativa entre os meses de maio e junho evidencia tendência consistente de melhoria dos indicadores de qualidade documental, tanto pelo aumento dos registros conformes quanto pela redução das não conformidades. Os resultados sugerem impacto positivo das estratégias de Educação Permanente, das auditorias prospectivas e das devolutivas sistemáticas às equipes assistenciais. Recomenda-se a manutenção dessas ações, com monitoramento contínuo dos indicadores, visando consolidar os avanços obtidos e promover a melhoria contínua da qualidade dos registros assistenciais.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

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



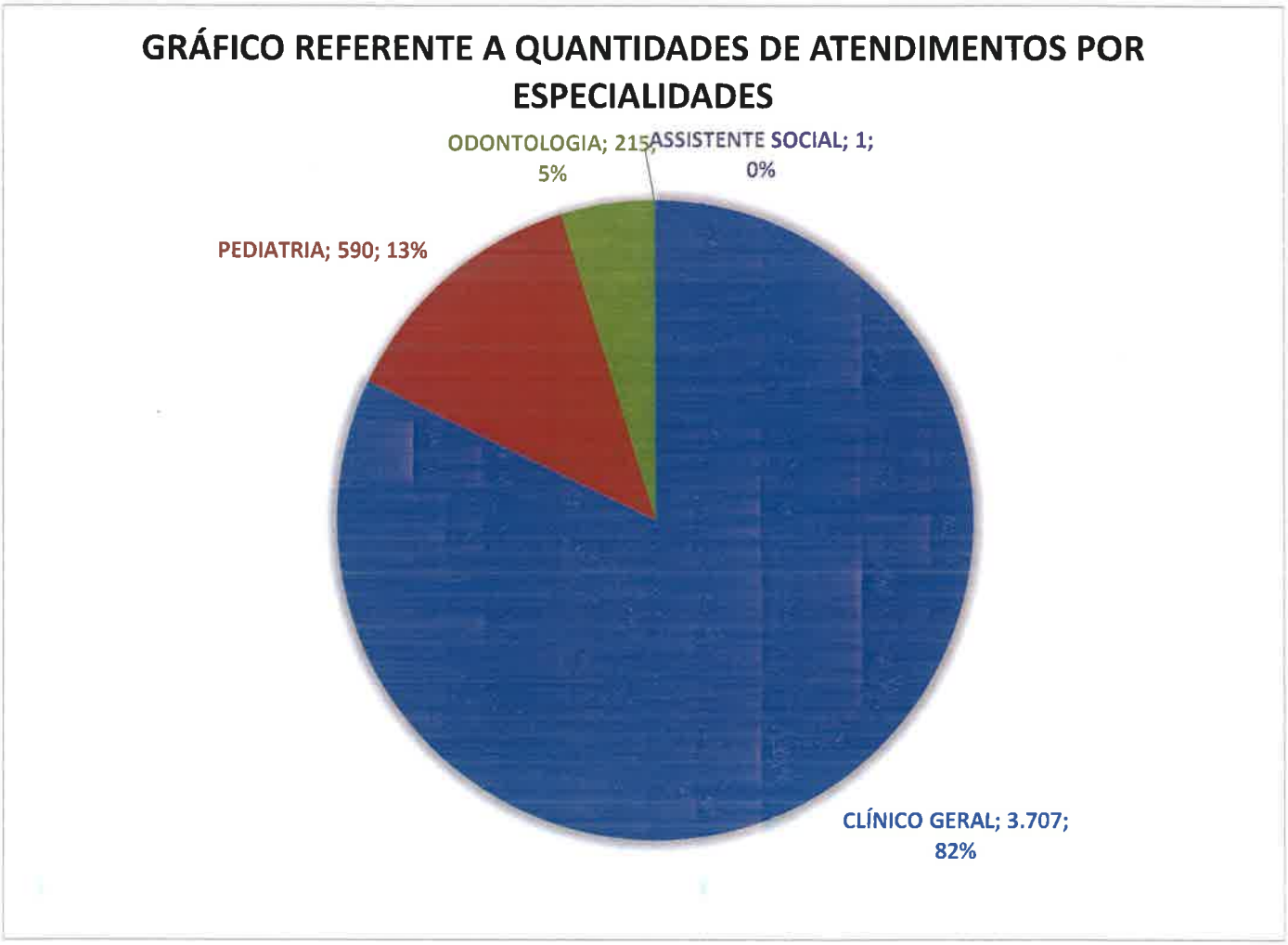
Os resultados das auditorias de prontuários foram apresentados e discutidos em reunião, junto à Direção Médica e Direção Assistencial, analisando as não conformidades identificadas no período. Durante a reunião, foram avaliadas as principais fragilidades relacionadas ao preenchimento documental, reforçando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

O gráfico abaixo detalha os atendimentos nas especialidades de clinica geral, pediatria, serviço social e odontologia.

UPA SUAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

Gráfico 2 Referente a quantidade de atendimentos por especilidades



Fazendo uma análise comparativa no trimestre, foram realizados 13.432 atendimentos, distribuídos em 4.310 em abril, 4.645 em maio e 4.474 em junho. Observou-se aumento de 7,8% no total de atendimentos entre abril e maio, seguido de redução de 3,6% entre maio e junho. Apesar dessa queda, junho apresentou volume assistencial 3,9% superior ao registrado em abril, demonstrando manutenção da demanda em patamar elevado.

Na Clínica Geral, os atendimentos evoluíram de 3.622 em abril para 3.677 em maio, representando crescimento de 1,5%. Em junho, foram registrados 3.707 atendimentos, correspondendo a novo aumento de 0,8% em relação a maio e de 2,3% quando comparado a abril. Os dados evidenciam estabilidade da demanda, com discreto crescimento ao longo do trimestre.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

Na Pediatria, verificou-se a maior variação do período. Os atendimentos passaram de 491 em abril para 743 em maio, representando aumento expressivo de 51,3%, reflexo da sazonalidade das doenças respiratórias e demais agravos comuns na infância nesse período do ano. Em junho, houve redução para 590 atendimentos, equivalente a uma queda de 20,6% em relação a maio. Entretanto, o volume permaneceu 20,2% superior ao observado em abril, indicando manutenção da demanda pediátrica acima dos níveis iniciais do trimestre.

Na Odontologia, foram registrados 187 atendimentos em abril, 215 em maio e 175 em junho. Houve crescimento de 15,0% entre abril e maio, seguido de redução de 18,6% entre maio e junho. Em comparação com abril, junho apresentou redução de 6,4%, sugerindo retorno da demanda aos níveis habituais após o aumento observado em maio.

O Serviço Social apresentou redução contínua ao longo do período, passando de oito atendimentos em abril para seis em maio (-25,0%) e apenas um atendimento em junho (-83,3% em relação a maio e -87,5% em relação a abril). Considerando o baixo número absoluto de atendimentos, essas variações percentuais devem ser interpretadas com cautela, pois pequenas alterações no quantitativo geram grandes oscilações percentuais.

De forma geral, os indicadores demonstram que o aumento da produção assistencial observado em maio foi impulsionado principalmente pelo crescimento da demanda em Pediatria, compatível com a sazonalidade do período. Em junho, verificou-se redução da demanda pediátrica e odontológica, resultando em diminuição de 3,6% no total de atendimentos em relação ao mês anterior. Entretanto, a Clínica Geral manteve crescimento discreto e contínuo durante todo o trimestre, contribuindo para que o volume total de atendimentos permanecesse acima do registrado em abril, evidenciando estabilidade da oferta e da capacidade assistencial da unidade.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

Anexo 01 – Formulário de Avaliação de Prontuários

DESCRIÇÃO	CONFORME C	NÃO CONFORME NC	NÃO SE APLICA N/A
Identificação do Paciente (Ficha de rosto)	**459**	19 (Prontuários sem a ficha de rosto devido aos pacientes levarem)	---
Prescrição Médica	**432**	**00**	46 (Atendimentos nos quais não houve indicação clínica de prescrição medicamentosa)
Evolução Médica	**409**	**00**	69 (Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA após melhora).
Evolução da Enfermagem	**329**	**00**	149 (Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA após melhora).
Evolução da Assistência Social	**15**	**00**	463 (Considerando que foram prontuários de pacientes que tiveram ALTA após melhora).
Triagem Nutricional	**10**	---	468
Alta	**441**	37 (Considerando que as não conformidades foram alta sem carimbo e retriagem)	---

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

Durante o mês de junho, foi realizada avaliação dos prontuários por meio deste formulário institucional de análise de conformidade, com o objetivo de verificar a qualidade e a completude dos registros assistenciais e administrativos. A análise possibilitou identificar conformidades e oportunidades de melhoria relacionadas aos registros multiprofissionais, contribuindo para a segurança do paciente, continuidade do cuidado e fortalecimento das

UPA SOTIVA
Geraldo Santos
Geral

ações de qualidade assistencial. No total, foram avaliados 478 prontuários, com os seguintes resultados:

- **Identificação do paciente**: Durante o período avaliado, observou-se conformidade de 96% no indicador de identificação segura do paciente, evidenciando boa adesão das equipes assistenciais às práticas seguras preconizadas pelo NSP, mantendo controle do risco relacionado à identificação inadequada.O resultado sugere impacto positivo das orientações previamente realizadas junto à equipe assistencial em relação aos pacientes.
  Diante do exposto, continuaremos monitorando e reforçando as orientações ao corpo assistencial, sensibilizando quanto à importânica da folha de rosto para a rastreabilidade e segurança do paciente e monitoramento contínuo do indicador nos meses subsequentes.

- **Prescrições médicas**: No mês de junho, dos 478 prontuários avaliados, não foram identificados não conformidades , resultando uma taxa de conformidade de 90,38% (9,62% equivale a "não se aplica"), demonstrando adesão das equipes assistenciais às boas práticas relacionadas à segurança na Prescrição médica.

- **Evolução médica**: Observa-se desempenho do indicador com taxa de conformidade de 85,56% entre os registros avaliados. Os 14,44% restantes classificados como "Não se Aplica",referem-se a atendimentos com alta após intervenção medicamentosa, nos quais não houve indicação clínica de realização de nova evolução, conforme critérios. O resultado evidencia adequada adesão das equipes aos protocolos institucionais e ao julgamento clínico na condução dos casos, refletindo práticas alinhadas à segurança do paciente e à racionalidade da documentação assistencial.

- **Evolução de enfermagem**: No período avaliado, observa-se manutenção do desempenho máximo do indicador, mantendo conformidade de 100%, evidenciando adequada adesão da equipe de enfermagem aos padrões institucionais de registro assistencail e às práticas de segurança do paciente.

- **Evolução do serviço social**: Em maio, foram 15 conformes e 463 classificados como "não se aplica". Este elevado percentual de "não se aplica" está relacionado ao critério institucional de avaliação, uma vez que esses atendimentos referem-se a pacientes com tempo de permanência inferior a 12 horas, não havendo indicação técnica para intervenção ou registro de evolução pelo Serviço Social.

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**	JABOATÃO

- **Nutrição**: No mês em análise, dos 478 prontuárioa avaliados, 10 apresentaram conformidade , correspondendo a 2,09%. Os demais 468 prontuários (97,91%) foram classificados como "não se aplica", por não apresentarem indicação ou necessiadade de atendimento nutricional durante o episódio assistencial.

- **Alta**: Foram identificados 441 prontuários em conformidade , correspondendo a uma taxa de 92,26% e 7,74% de não conformidade. Isso demosntra que apesar da maioria dos prontuários apresentar adequada conformidade, ainda há um percentual de inconsistências, podendo impactar a qualidade da assistência, a continuidade do cuidado e a segurnaça do paciente.

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

- **Evolução Médica**- Mesmo com o alto nível de conformidade e melhoria dos registros, recomenda-se manter ações de Educação Permanente voltadas ao preenchimento adequado do prontuário, reforçar a adesão aos protocolos institucionais de documentação clínica, realizar auditorias periódicas com devolutiva às equipes e monitorar continuamente os indicadores de conformidade. Essas ações contribuem para a melhoria da qualidade dos registros, favorecendo a continuidade do cuidado, a comunicação entre os profissionais e a segurança assistencial.

- **Evolução de Enfermagem-** Recomenda-se o fortalecimento da padronização dos registros, capacitação das equipes e intensificação do monitoramento. O foco deve estar na completude, qualidade e consistência das informações registradas.

- **Serviço Social-** É fundamental garantir o correto acionamento e registro dos casos pertinentes, distinguindo adequadamente situações classificadas como "não se aplica" das não conformidades reais, assegurando a correta interpretação dos indicadores e a adequação do processo assistencial.

- **Nutrição-** Recomenda-se a manutenção de ações de Educação Permanente, o reforço da adesão aos protocolos institucionais de documentação, a padronização dos registros e o monitoramento contínuo por meio de auditorias e indicadores de qualidade. Além disso, é importante fortalecer a integração multiprofissional, sensibilizar a equipe quanto à relevância dos registros para a continuidade da assistência e promover a análise periódica dos resultados, com implementação de planos de ação voltados à melhoria contínua dos processos assistenciais

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

- **Alta Administrativa-** Para aprimoramento do processo de altas, recomenda-se correta formalização das altas no prontuário, o reforço da adesão aos protocolos institucionais de registro, a padronização dos formulários utilizados e o monitoramento contínuo dos indicadores de conformidade. Além disso, é essencial a realização de auditorias periódicas com devolutiva às equipes e análise sistemática dos resultados, visando à melhoria contínua da qualidade dos registros, maior rastreabilidade das informações e fortalecimento da continuidade do cuidado. E a manutenção das ações de Educação Permanente.

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

A avaliação dos indicadores evidenciou resultados positivos, com destaque para elevados níveis de conformidade nos registros assistenciais, especialmente nas prescrições médicas e demais registros multiprofissionais. Observou-se também redução de não conformidades em itens anteriormente críticos, como o Boletim de Atendimento Inicial e os registros de alta hospitalar, indicando evolução progressiva dos processos de trabalho.

Por outro lado, foram identificadas áreas que ainda requerem atenção e monitoramento contínuo, com necessidade de fortalecimento das estratégias de qualificação dos registros e manutenção das ações de Educação Permanente. Tais medidas são fundamentais para a consolidação dos avanços obtidos e para a mitigação de inconsistências residuais.

De forma geral, os resultados refletem impacto positivo das ações implementadas, evidenciando melhoria da qualidade dos registros assistenciais e fortalecimento da cultura de segurança do paciente na instituição.

Jaboatão dos Guararapes, 08 de julho de 2026.

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

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000070

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS**	JABOATÃO

Área Emitente:	Responsável pela Emissão:	Data da Emissão:
Comissão de Revisão de Óbitos	Antônio Marcelo Carvalho	08/07/2026

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Reunião de Alinhamento da Comissão de Revisão de Óbitos	Antônio Marcelo Carvalho	08/07/2026	14h30min	15h00min

PAUTA
Exposição do perfil de óbitos ocorridos em junho

PENDÊNCIAS DA REUNIÃO ANTERIOR
-

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

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

UPA SOLAR
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS**	JABOATÃO

Este relatório tem como objetivo apresentar dados sobre óbitos registrados no período de 01 a 30 de junho de 2026. No período avaliado, foram registrados um total de **09** (nove) **óbitos**, todos submetidos à análise da Comissão de Óbitos, com avaliação quanto a evitabilidade, qualidade assistencial e conformidade das condutas adotadas. Após análise dos prontuários, evolução clínica e circunstâncias relacionadas aos desfechos, todos os óbitos foram classificados **como NÃO EVITÁVEIS**, conforme critérios institucionais e diretrizes de segurança do paciente. considerando a gravidade clínica inicial, condições de terminalidade e evolução desfavorável independente das intervenções instituídas. Do total de 09 (nove) óbitos, 02 (dois) ocorreram em pacientes com tempo de permanência na unidade superior a 24 horas, evidenciando evolução clínica desfavorável mesmo com assistência prestada, e 07 (sete) em pacientes com tempo de permanência inferior a 24 horas da admissão, caracterizando casos graves com desfecho precoce, possivelmente relacionados à condição clínica avançada no momento da entrada na unidade.

Os casos encontram-se compatíveis com evolução natural das patologias de base e condições clínicas à admissão. Destes óbitos, 01 (um) tinha 18 anos, 04 (quatro) acima de 80 anos, 01 (um) acima de 70 anos, 02 (dois) com idade acima de 60 anos e 01 (um) acima de 50 anos. Observou-se maior ocorrência de óbitos em idosos principalmente com 70 anos ou mais, mantendo o perfil de maior mortalidade em faixas etárias avançadas. Esses dados reforçam a necessidade de monitoramento e alinhamento com a rede de atenção e disponibilidade de leitos de retaguarda. Referente ao gênero dos pacientes que evoluíram para óbito **07 (sete) pessoas do gênero feminino (cisgênero) e 02 (duas) pessoas do gênero masculino (cisgênero).**

As liberações dos óbitos foram distribuídas da seguinte forma: 04 (quatro) DO – Declaração de Óbito, 05 (cinco) SVO – Serviço de Verificação de Óbitos. Os diagnósticos dos óbitos considerados não institucionais foram fechados imediatamente. Logo após, foi elucidado pelo Presidente desta comissão que os óbitos ocorridos em Junho e revisados no mês em curso, utilizando como ferramenta de avaliação o formulário de revisão e análise de óbitos (anexo 1). Evitabilidade ou óbito a esclarecer: trata-se de um agravo ou situação, prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis a identificação e a intervenção acertada. Óbitos a esclarecer
referem-se àqueles que poderiam ter sido prevenidos por meio de intervenções adequadas em saúde pública, cuidados médicos e estilos de vida. Isso inclui mortes

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

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

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

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

JABOATÃO

Quadro 01 - Distribuição Mensal de óbitos evitáveis e não evitáveis

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

Quadro 1: No período de abril a junho, foram registrados **22 óbitos**, observando-se tendência de aumento no número absoluto de ocorrências ao longo do trimestre. Em abril, foram contabilizados **5 óbitos** (22,7% do total trimestral); em maio, **8 óbitos** (36,4%), representando incremento de **60,0%** em relação ao mês anterior; e, em junho, **9 óbitos** (40,9%), correspondendo a um aumento de **12,5%** em comparação a maio e de **80,0%** quando comparado a abril.

Em relação à classificação quanto à evitabilidade, observou-se predominância de óbitos não evitáveis durante todo o período analisado. Dos 22 óbitos registrados no trimestre, 21 (95,5%) foram classificados como não evitáveis e 1 (4,5%), registrado no mês de maio, foi inicialmente classificado como óbito a esclarecer, tendo sua análise sido concluída após discussão pela Comissão de Revisão de Óbitos. Dessa

UPA SOMAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

forma, os meses de abril e junho apresentaram 100% dos óbitos classificados como não evitáveis, evidenciando que, ao longo do trimestre, predominou o perfil de óbitos relacionados à gravidade clínica e às condições de saúde dos pacientes atendidos.

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

Recomenda-se a manutenção do monitoramento sistemático dos óbitos, com fortalecimento das discussões em equipe multiprofissional e avaliação contínua da efetividade das medidas implementadas, visando ao aprimoramento da qualidade assistencial, ao fortalecimento das ações de vigilância e segurança do paciente e à prevenção de eventos potencialmente evitáveis.

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

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**

UPA SOAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

JABOATÃO

Médico responsável pela revisão: _____CRM _____

Diagnósticos da admissão:

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

Causa da morte (como no atestado):

A) _____

B) _____

C) _____

D) _____

E) _____

Médico que assinou a DO: _____CRM_____

Houve falha ou inconsistência no preenchimento da DO?

SEM FALHA ( ) COM FALHA ( )

☐ **Causa imediata vaga (PCR, FMO)**

☐ **Letra ilegível, rasuras, abreviações**

☐ **Preenchimento incompleto de dados**

☐ **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.

N°	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	

UPA SUAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

JABOATÃO

03	Estavam disponíveis medidas para evitar a causa?	( )	4	( )	7	
04	As medidas para evitar a causa foram tomadas?	( )	5	( )	6	
05	As medidas tomadas foram adequadas e na hora certa?	( )	7	( )	?	
06	O paciente ou seu responsável quis que as medidas para evitar a causa fossem tomadas? (Sim, se não houver registro contrário no prontuário)	( )	?	( )	7	
07	É possível que manifestações da causa pudessem ter sido reconhecidas antes?	( )	8	( )	11	
08	Há registro no prontuário de manifestações da causa?	( )	9	( )	11	
09	As manifestações das causas foram reconhecidas/comunicadas 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	

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS**	JABOATÃO

13	O tratamento foi efetuado na forma e tempo corretos?	( )	J	( )	?	
J	Óbito justificado	( )	J	( )	?	
?	Óbito inesperado	( )	J	( )	?	

Resumo do caso:

_____

_____

_____

_____

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS**	JABOATÃO DOS GUARARAPES

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 julho de 2026.

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

Inaida Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inaida Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

Área Emitente:	Responsável pela Emissão:	Data da Emissão:
Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade	Gisele Tenório	08/07/2026

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Reunião de Alinhamento do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade	Gisele Tenório	08/07/2026	14h30min	15h:30min

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

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

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

UPA JABOATÃO
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

RELATÓRIO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

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

Através da coleta sistemática de dados, utilizando um formulário específico que abrange as seis metas internacionais, promovemos melhorias na segurança do paciente, conforme estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A utilização desse formulário e o processo de coleta de dados, dar-se início a uma mudança cultural dentro do serviço, onde a segurança do paciente se torna uma prioridade para toda a equipe. A conscientização sobre as seis metas internacionais é fundamental para promover uma cultura de segurança sólida. Todos os dados coletados são analisados regularmente, e os números evidenciados servirão como guia para a prática de enfermagem, orientando ações de melhoria na assistência com foco na segurança do paciente. A análise crítica dos dados permitirá identificar tendências, áreas de risco e oportunidades de intervenção.

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

No âmbito da capacitação dos profissionais, foram realizados treinamentos sobre Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), Protocolo de Atendimento ao Politraumatizado, Gases Medicinais, Protocolo de Prevenção do Risco de Queda Relacionado ao Uso de Medicamentos, Protocolo de Hipodermóclise e Uso Seguro da Bomba de Infusão Contínua (BIC). As atividades foram conduzidas por profissionais da instituição e parceiros técnicos, promovendo atualização de conhecimentos, padronização das práticas assistenciais e fortalecimento da cultura de segurança.

UPA SOLAR
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

Como parte das ações institucionais, colaboradores da unidade participaram da capacitação para Multiplicadores SBA/ONA, ampliando a capacidade da instituição para disseminação das boas práticas relacionadas à qualidade e acreditação. Também foram realizadas a campanha **Junho Vermelho**, com incentivo à doação de sangue e orientações aos pacientes e acompanhantes pela equipe do SESO; a comemoração do **São João da Unidade**, fortalecendo a integração entre os colaboradores; a ação **"Vista sua Amarelinha"**, incentivando o engajamento da equipe durante o período de celebração da Copa; e a **Campanha de Vacinação contra COVID-19 e Influenza**, destinada a todos os colaboradores da unidade.

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

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

O huddle também favoreceu a integração entre os setores, maior agilidade na tomada de decisões e fortalecimento da cultura de segurançã do paciente na unidade e definição de prioridades e alinhamento das estratégias de cuidado, sem intercorrências importantes. Compartilhamos o estado atual da unidade, fluxo de atendimento, demanda, superlotação, pacientes que estão há mais de 24h. No serviço e tempo de espera. A realização diária desta ferramenta, tem como finalidade fortalecer a cultura de segurança, aprimorar a comunicação efetiva entre os profissionais, antecipar situações de risco, apoiar a tomada de decisão clínica e reduzir ocorrências de eventos adversos, em conformidade com os princípios da gestão da qualidade e segurança do paciente preconizados pelos programas de acreditação em saúde.

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

UPA SOLAYE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

Esses protocolos visam qualificar o cuidado prestado, promovendo ações seguras baseadas em evidências científicas e fortalecendo a cultura de segurança dentro da instituição.

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

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

No mês de junho, foram analisados 10% dos prontuários (478) de um total de 4.474 atendimentos registrados. A Comissão de Segurança do Paciente fez uma avaliação detalhada nos prontuários, com o objetivo de assegurar a qualidade e segurança dos registros, identificando riscos assistenciais, verificando a conformidade das anotaçãoes com os protocolos institucionais e promovendo melhorias contínuas na documentação e na assistência, como também orientar ações corretivas e preventivas melhorando e fortalecendo a segurança do paciente em nossa unidade. Nos eventos adversos, salientamos uma melhora substancial. Isto se dá aos constantes treinamentos em conjuto com CCIH, NQSP e NEPH.

No período analisado, foram notificados **20 (vinte)** incidentes relacionados à segurança assistencial, distribuídos da seguinte forma: **02 (duas)** falha na identificação do paciente por pulseira e **17 (dezessete)** falhas na identificação do paciente por placa beira leito, **01 (uma)** queda de paciente.Os incidentes foram classificados de acordo com o dano e natureza, conforme critérios estabelecidos pelo PNSP (Programa Nacional de Segurança do Paciente) da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária):

- **Incidente sem dano** (falha de processo): 19 (dezenove) casos – Falhas na identificação do paciente (pulseira e placa beira leito). Caracterizam-se como não confomidades no cumprimento do protocolo de identificação segura do paciente, sem evidência de dano, porém com potencial risco para ocorrência de evento adverso.

UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

- **Eventos Adversos assistenciais** (sem dano ao paciente): 01 (um) caso - queda de paciente.

No mês em análise, os incidentes notificados evidenciam fragilidades relacionadas à identificação segura do paciente, comunicação entre equipes e adesão aos protocolos institucionais de segurança. As falhas na identificação por pulseira e na placa beira leito demonstram vulnerabilidade nos processos de conferência e atualização das informações do paciente, aumentando o risco de eventos adversos realcioandos à assistência.,

O evento de queda sem dano ao paciente reforça a necessidade de intensificar as medidas preventivas, especialmente quanto à avaliação contínua do risco de queda, orientação aos pacientes e acompanhantes, além da vigilância da equipe multiprofissional.

Os eventos notificados foram analisados pelo NSP, com reforço das orientações às equipes quanto a correta identificação do paciente, conferência das informações em pulseiras e placas beira leito, prevenção de quedas e adesão as medidas de biossegurança, visando mitigar riscos e fortalecer a cultura de segurnaça institucional.

Diante dos eventos notificados, recomenda-se reforçar as estratégias de educação continuada, sensibilização das equipes assistenciais, monitoramento dos indicadores de segurança e auditorias internas, com foco na preveção de reincidências e fortalecimento da cultura de segurança do paciente. A análise dos incidentes evidencia fragilidades nos processos assistenciais, com destaque para:

- Baixa adesão aos protocolos de identificação segura do paciente;
- Fragilidade na implementação de medidas de prevenção de quedas;

Observa-se que parte dos incidentes está realcionada à falha na execução de rotinas já instituídas, indicando necessidade de reforço na cultura de segurança e vigilância assistencial.

Com base nos achados, serão implementadas as seguintes ações:

- Reforço do protocolo de identificação segura do paciente;
- Intensificação das medidas de prevenção de quedas;
- Monitoramento contínuo dos indicadores de segurança;
- Auditorias internas para avaliação da adesão aos protocolos institucionais.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

Tabela 1- NOTIFICAÇÕES REALIZADAS NO MÊS DE JUNHO/2026

TIPOS DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS / NÃO CONFORMIDADES	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Falha na identificação do paciente (Pulseira)	02	0,004%
Falha na identificação da placa beira leito	17	0,035%
Falha na Comunicação.	00	----
Falha na administração de medicamentos.	00	----
Falha na identificação de medicamentos multidoses	00	%
Falha na identificação de AVP	00	%
Eventos adversos associados a equipamentos /produtos de assistência à saúde.	00	00
Falha na higienização das mãos.	00	00
Queda do paciente.	01	0,002%
Lesão por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado, adquiridos na unidade).	00	00
Flebite.	00	%
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)	00	00
Extubação Acidental.	---	----
Broncoaspiração.	----	---
Tromboembolismo Venoso (TEV).	----	----
Sequela ou óbito por meio de um evento sentinela.	----	----
Falhas nas evoluções dos prontuários e prescrições	----	----
Outros eventos adversos não mencionados.	00	00
Evasão do paciente referente ao valor total de atendimento registrado no MV	280	0,062%
TOTAL	300	0,068%

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

Foram selecionados 478 prontuários para verificar os incidentes, eventos adversos e não conformidades, na Tabela acima estão os valores e percentuais que correspodem aos dados coletados. Salientando que as falhas apresentadas, já estão sendo trabalhadas com o CCIH /Ed. Continuada para que não volte a reiscindir.

Observou-se uma **redução no número de evasões no mês de junho (280) em comparação ao mês de maio (315), representando uma diminuição de 11,1%.** Essa redução está associada a melhorias contínuas e pontuais no fluxo assistencial, no tempo de espera e nas ações de acolhimento e comunicação com os pacientes.

Ressalta-se a importância da manutenção do monitoramento contínuo do indicador, bem como da análise sistemática dos processos internos, visando à sustentabilidade da redução das evasões e à contínua melhoria da qualidade do atendimento. A evasão permanece diretamente relacionada a fatores como tempo de espera, comunicação com o paciente e organização do fluxo assistencial, o que reforça a necessidade de intervenções permanentes nesses pontos junto às equipes envolvidas.

Apesar da redução observada no período, o indicador permanece sob acompanhamento contínuo com a implementação de ações voltadas à consolidação da tendência de diminuição de evasões, ao fortalecimento da segurança do paciente e à melhoria da satisfação dos usuários. Ressalta-se a importância da manutenção das estratégias de qualificação do fluxo assistencial, do acolhimento e da comunicação com o paciente, visando a sustentabilidade dos resultados alcançados.

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

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**
- Reforçar identificação segura do pcte (pulseira e placa) - Reforçar protocolo de prevenção de quedas	- Reduzir risco de erro assistencial - Minimizar risco ao paciente .	- Setores assistenciais - Todos os leitos	- Enfermagem / NSP - Equipe Multiprofissional	- Imediato e contínuo - Imediata, com ações contínuas e monitoramento mensal	- Treinamento e auditoria semanal - Aplicação de escala de risco e orientação - Treinamento da euqipe, Educação permanente sobre	- Sem custo adicional (ação educativa interna) - Sem custo	- Correção Imediata - Correção imediata

CARACTERIZAÇÃO DO INCIDENTE / EVENTO ADVERSO E NÃO CONFORMIDADE

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

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

UPA SOTAVE
Inaida Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

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

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

Medidas que foram executadas de imediato em relação a:

Falhas identificação placa beira leito e pulseira- foram corrigidas imediatamente após identificação da falha, com regularização dos dispositivos de identificação sem danos ao paciente;

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

UPA SITAE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**	JABOATÃO

TABELA 2

CARACTERIZAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO E NÃOCONFORMIDADE	QUANTIDADE
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO (situação em que houve potencial risco de dano ao paciente mas não ocorreu incidentes)	00
QUASE ERRO (incidente que é evitado antes de atingir o paciente)	00
INCIDENTE SEM DANO (um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano)	19
INCIDENTE COM DANO - Evento Adverso (incidente que resulta ou não em dano ao paciente)	01
NÃO CONFORMIDADE	00
OUTROS (Acidente ocupacional com exposição a risco biológico)	
TOTAL	20

Jaboatão dos Guararapes, 08 de julho de 2026

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

Gisele Tenório
Enfermeira Diarista
COREN/PE 95728
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ANEXO II

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **EDUCAÇÃO PERMANENTE** 000091	JABOATÃO

Área Emitente:	Responsável pela Emissão:	Data da Emissão:
Educação Permanente	Danielly Carneiro	08/07/2026

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Reunião de planejamento das ações do Núcleo de Educação Permanente	Danielly Carneiro	08/07/2026	14h30min	15h30min

Planejamento das Ações do Núcleo de Educação Permanente

PARTICIPANTES		
NOME	**STATUS (presente/ausente)**	**ASSINATURA**
Danielly Tomaz de Mendonça Carneiro	Férias	—
Gisele de Oliveira B. Tenório	Presente	
Ivana Barbosa	Presente	Ivana Barbosa
Rafaela Monique Ferreira do Nascimento	PRESENTE	
Luciana Cardoso	Presente	
Paulo Carvalho	—	
Rafaelly Monike Marques Melo	Ausente	—

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

UPA SOLAR
Inalda Santos
Diretora Geral

A Lei de Educação Permanente em Saúde no Brasil, instituída pela Lei nº 11.129/2005, busca promover a formação continuada e a atualização dos profissionais de saúde. Essa legislação reconhece que a educação deve ser um processo contínuo, integrado ao cotidiano dos trabalhadores e às necessidades do sistema de saúde. Segundo Teixeira (2008), a educação permanente em saúde, é crucial para uma formação que considere as especificidades do trabalho em saúde. Por este motivo faz-se necessário à capacitação dos colaboradores com a finalidade de torná-lo apto para execução de suas tarefas 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.

RELATÓRIO MENSAL – EDUCAÇÃO CONTINUADA | JUNHO 2026

Durante o mês de junho de 2026, a UPA Sotave desenvolveu ações de educação continuada voltadas à qualificação técnica das equipes, fortalecimento da segurança do paciente e melhoria contínua dos processos assistenciais. As atividades incluíram treinamentos, campanhas institucionais, momentos de integração e reuniões estratégicas, contribuindo para o alinhamento multiprofissional e fortalecimento da cultura de qualidade.

Capacitações e Treinamentos

Foram realizados treinamentos técnicos com foco na segurança assistencial e padronização dos processos institucionais, abordando os seguintes temas:

- POP de Politraumatizado;
- POP de Risco de Queda Medicamentosa;
- POP de Descarte Correto de Resíduos;
- POP de Montagem da Caixa de Perfurocortantes;
- Curso de Multiplicadores SBA/ONA – Instituto Educque.
- Treinamento bomba de infusão
- POP de RCP
- POP de Reciclagem geral e de Soro

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

Campanhas e Ações Institucionais

As ações institucionais foram voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e integração das equipes, destacando-se:

- Campanha Junho Vermelho – incentivo à doação de sangue;
- Campanha de Vacinação contra COVID-19 e Influenza para colaboradores;
- Momentos de Pausa Ativa na unidade;
- Comemoração dos aniversariantes do mês.

Reuniões e Integração Institucional

Foram realizadas reuniões estratégicas e operacionais com foco no alinhamento de fluxos, indicadores e processos institucionais, incluindo:

- Huddles diários de equipe;
- Reunião de lideranças (última quarta-feira do mês);
- Reuniões das comissões: Óbito, Prontuário, NEPH, CCIH, NQSP e Indicadores Gerais;
- Alinhamento de rotinas e indicadores assistenciais.
- Reunião com equipe assistencial de alinhamento

O conjunto das ações realizadas no período contribuiu significativamente para o fortalecimento da educação continuada, segurança do paciente e aprimoramento da assistência prestada na unidade.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

AÇÕES DESENVOLVIDAS –JUNHO /2026

ATIVIDADE – 01

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada atividade educativa em sala de espera, conduzida pelos assistentes sociais, em alusão ao Dia Nacional da Doação de Sangue.
TEMÁTICA: Conscientizar pacientes e acompanhantes sobre a importância da doação de sangue, destacando os requisitos para doação, benefícios para a sociedade, necessidade de manutenção dos estoques dos hemocentros, mitos e verdades sobre o processo de doação e incentivo à prática solidária e voluntária.

PÚBLICO-ALVO: Pacientes e acompanhantes.

ATIVIDADE – 02

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre o Protocolo de Politraumatizado, ministrado pelo enfermeiro emergencista Fernando, da unidade.

TEMÁTICA: Capacitar a equipe assistencial para o atendimento seguro e eficaz ao paciente politraumatizado, conforme os protocolos institucionais.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000095

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento sobre o protocolo de risco de queda medicamentosa, ministrado pela equipe da Farmácia da unidade.

TEMÁTICA: Capacitar a equipe assistencial para a identificação e prevenção de riscos de quedas relacionados ao uso de medicamentos, promovendo a segurança do paciente.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial.

ATIVIDADE – 04

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

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

PÚBLICO-ALVO: Lideranças da unidade

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE–05

ATIVIDADE DIVERSA: Pausa Ativa com os colaboradores, promovida de segunda a sexta-feira às 9h, com o objetivo de incentivar o bem-estar, a integração e a disposição no ambiente de trabalho.

TEMÁTICA: Promover qualidade de vida no ambiente laboral por meio de exercícios e dinâmicas de pausa ativa, estimulando a motivação, a saúde e o espírito de equipe entre os colaboradores.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores da unidade.

ATIVIDADE–06

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

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

PÚBLICO-ALVO: Lideranças e gestores da unidade.

UPA SUL/LESTE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE – 07

000097

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

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

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

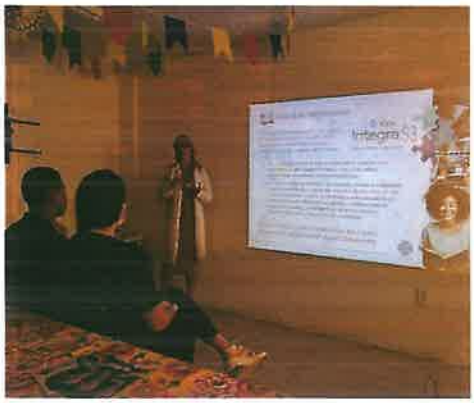
ATIVIDADE – 08

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada a integração dos novos colaboradores: maqueiro, enfermeira e porteiro e realizamos a apresentação das rotinas institucionais, fluxos de trabalho, normas de segurança, atribuições do cargo e orientações sobre os processos assistenciais e administrativos.

TEMÁTICA: Promover o acolhimento e a adaptação dos novos colaboradores, alinhando suas atividades às diretrizes institucionais, fortalecendo a qualidade da assistência, a segurança do paciente e o trabalho em equipe.

PÚBLICO-ALVO: Novos colaboradores

UPA SOLAR
Inalda Santos
Diretora Geral

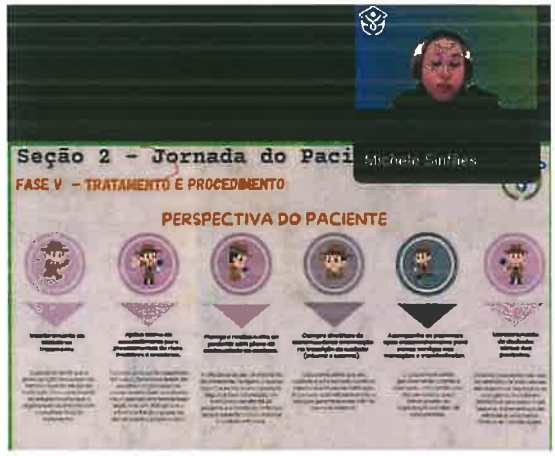


ATIVIDADE – 09

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada capacitação no Curso de Multiplicador SBA/ONA, promovido pelo Instituto Educque.

TEMÁTICA: Desenvolver conhecimentos e competências relacionados aos processos de qualidade, segurança do paciente e acreditação hospitalar, fortalecendo a cultura de melhoria contínua na instituição.

PÚBLICO-ALVO: Colaboradores líderes e administrativos.



ATIVIDADE – 10

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento *in loco* sobre o uso seguro da bomba de infusão, ministrado pelo enfermeiro multiplicador Gutenberg, direcionado aos profissionais recém-admitidos na unidade.

TEMÁTICA: Capacitar os profissionais novatos quanto ao manuseio correto da bomba de infusão, reforçando as boas práticas assistenciais, a segurança do

UPA SUL
Inalda Santos
Diretora Geral

paciente e a prevenção de eventos relacionados à administração de medicamentos.

PÚBLICO-ALVO: Profissionais recém-admitidos da equipe assistencial.

ATIVIDADE – 11

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado o evento **"Vista sua Amarelinha"**, promovido com o objetivo de integrar os colaboradores e estimular a participação no clima de celebração da Copa.

TEMÁTICA: Fortalecimento do engajamento, integração entre equipes e valorização do ambiente organizacional por meio de ação temática voltada ao incentivo da cultura institucional e do bem-estar dos colaboradores.

PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000100

ATIVIDADE – 12

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada reunião de alinhamento com a equipe assistencial, ministrada pela Coordenação de Enfermagem da unidade.

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

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial da unidade.

ATIVIDADE – 13

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizado treinamento de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), ministrado pela enfermeira Mayara para a equipe assistencial da unidade.

TEMÁTICA: Capacitar os profissionais da assistência quanto às técnicas atualizadas de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), visando o reconhecimento precoce da parada cardiorrespiratória e a execução segura e eficaz das manobras de reanimação, promovendo a segurança do paciente.

PÚBLICO-ALVO: Equipe assistencial da unidade.

UPA SOCAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ATIVIDADE – 14

000101

ATIVIDADE DIVERSA: Foi realizada a comemoração de São João com os colaboradores da unidade, com momento de confraternização e comidas típicas.

TEMÁTICA: Promover integração, valorização e fortalecimento do vínculo entre os colaboradores por meio das tradições juninas.

PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade.

ATIVIDADE – 15

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

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

PÚBLICO-ALVO: Todos os colaboradores da unidade.

UPA SORAYE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

Cronograma de Capacitação e Conscientização – JUNHO 2026 000102

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

Foram realizadas:

- **Treinamentos:** 05
- **Ações / Campanhas:** 05
- **Reuniões:** 04

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

Jaboatão dos Guararapes, 08 de julho de 2026.

DANIELLY TOMAZ DE MENDONÇA CARNEIRO
Enf. Núcleo Educação Permanente

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

Relatório Circunstancial do Serviço Social
UPA SOTAVE – JUNHO/2026

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

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

Durante o mês de junho, o Serviço Social da Unidade desenvolveu ações voltadas à promoção da saúde e à conscientização da população sobre temas relevantes, por meio de atividades educativas realizadas no formato de salas de espera com o tema "Junho Vermelho", campanha nacional dedicada ao incentivo à doação voluntária e regular de sangue. A iniciativa tem como objetivo central sensibilizar a população sobre a importância desse gesto solidário, essencial para a manutenção dos estoques dos hemocentros e para o atendimento de pacientes em situações de urgência, cirurgias, tratamentos oncológicos, doenças hematológicas e outras condições que demandam transfusões sanguíneas.

A campanha cumpre um papel social e de saúde pública indispensável, mas não deve se restringir às ações desenvolvidas durante o mês de junho. O fortalecimento da cultura da doação de sangue requer a continuidade das

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

estratégias de educação em saúde, da mobilização comunitária e da disseminação de informações que contribuam para desmistificar o processo de doação, estimular novos doadores e fidelizar aqueles que já realizam esse ato de forma voluntária.

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

TOTAL DE AÇÕES DO MÊS DE JUNHO

ATIVIDADES	NÚMERO DE AÇÕES DO MÊS
ATENDIMENTO SOCIAL (CLASSIFICAÇÃO AZUL)	64
DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE	19
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO	7
OBITO (acolhimento e orientações)	4
NOTIFICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR	3
ATENDIMENTOS DIVERSOS	983
CÓPIA DE PRONTUÁRIO (ENTREGA AO PACIENTE)	3
SALA DE ESPERA (AÇÕES DE SAÚDE)	75
ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO DO PEP	16
NOTIFICAÇÕES	44
TOTAL DE AÇÕES DO MÊS	**1.214**

Betânia Guimarães
Assistente Social
CRESS

p/ Betânia Guimarães.

RENATO FRANCELINO
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS 13.545/4ª REGIÃO

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ANEXO III

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000106

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 Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 da ANVISA, e descritos abaixo:

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

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

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

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

Descarte e Acondicionamento

Grupo A – Infectantes.

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

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

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

UPA SDTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GRUPO E – Caixas de perfuro cortante tipo Descartex.

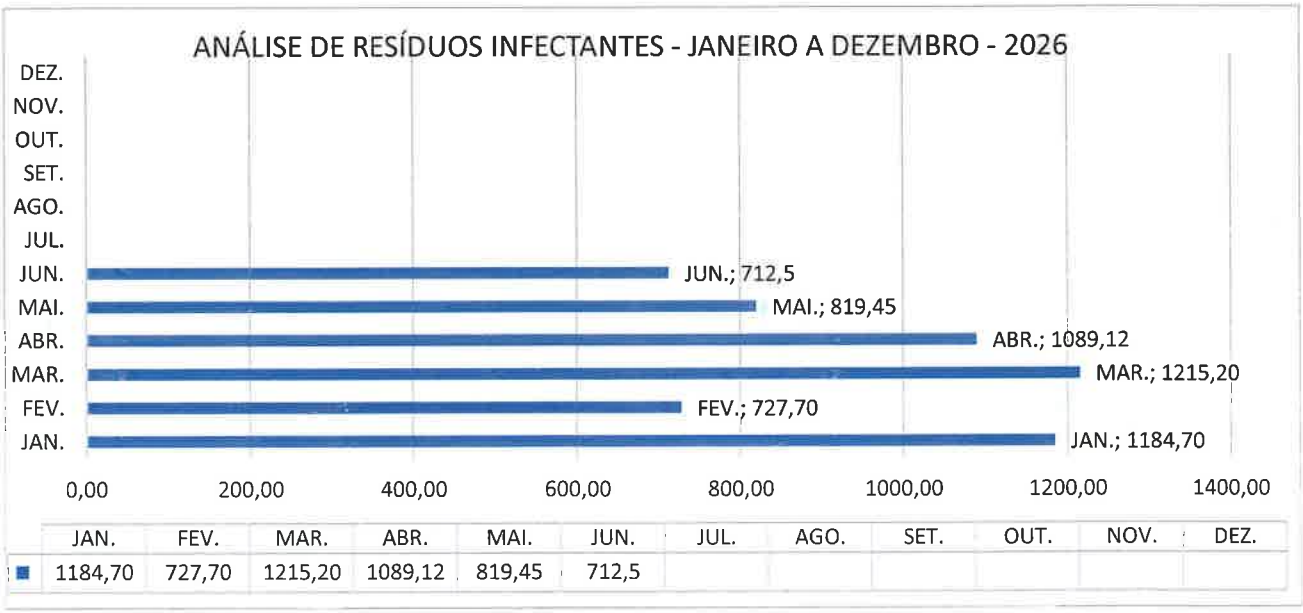
A segregação e armazenamento adequado dos resíduos por grupos estão sendo realizada conforme plano de ação contido no PGRSS da unidade, no momento e local de sua geração, conforme as características físicas, químicas, biológicas, estado físico e riscos envolvidos, acondicionando e dispensando-os nos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

Produção de resíduos do mês junho de 2026:

Conforme os dados abaixo, verificamos que em **junho de 2026** foram produzidos e gerenciados **712,50kg** de lixo infectados.

UPA SOPAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

COLETA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS — JUNHO/2026		
BOMBONAS	**PESO LÍQUIDO (KG)**	**DATA**
5	96,4	01/06/2026
3	45,3	03/06/2026
4	82,4	05/06/2026
3	41,7	08/06/2026
4	55,4	10/06/2026
3	65,1	12/06/2026
3	72,5	15/06/2026
2	35,7	17/06/2026
2	46,2	19/06/2026
3	71,5	24/06/2026
3	30,4	26/06/2026
4	69,9	28/06/2026
39	712,5	



Marianna Menezes

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ANEXO IV

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

RELATÓRIO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

UPA – SOTAVE

JUNHO/2026

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

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

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

Durante o mês de junho/2026, foram realizadas as seguintes atividades: 1) Troca de fechadura do banheiro feminino dos técnicos, 2) Manutenção do Gerador, 3) Conserto da bomba d`água 4) Pintura da sala de Observação Pediátrica, 5) Pintura do corredor Principal, 6) Recuperação dos suportes de soro.

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: Troca de Fechadura do banheiro feminino dos Técnicos	SERVIÇO: Fechadura nova do banheiro feminino dos técnicos
STATUS ATUAL: antes	STATUS ATUAL: depois

SERVIÇO: Manutenção do Gerador	SERVIÇO: Conserto da bomba dágua
STATUS ATUAL: realizado	STATUS : : realizado

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

SERVIÇO: Pintura da Observação Pediátrica	SERVIÇO: Pintura do corredor principal
STATUS: realizado	STATUS : : realizado

SERVIÇO : Recuperação dos suportes de soro	SERVIÇO: Recuperação dos suportes de soro
STATUS ATUAL: antes	STATUS ATUAL: durante

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

SERVIÇO : Recuperação dos suportes de soro
STATUS ATUAL: depois

Honianna Menezes

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

ANEXO V

UPA SOLANGE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE | JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE 2026

ODONTOLOGIA — **JUNHO**

	NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		CHM
			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		
1	RENATA NEVES DE MORAES OLIVEIRA	6.680					D							D							D							D						60
2	GESSICA KAROLINE B. DOS SANTOS	14.801		D							D							D							D							D		60
3	SAMUEL TITO A. PESSOA	17.935			D							D							D							D								60
4	LAIS CAMILA ARAUJO L. OLIVEIRA	12.172	D							D							D							D							D			60
5	DIEGO SAMPAIO GARCIA LEITE	18.535				D							D							D							D							60
6	PATRICIA EUNICE V. MARINHO PEREIRA	ACD	F	F	F	F	F			F	F	F	F	F			F	F	F	F	F			F	F	F	F	F			F	F		M/T

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

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

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

Inalda Santos
Direção Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000116

JABOATÃO SUS

MÉDICOS

JUNHO

	NOME	CONSELHO	1 S	2 T	3 Q	4 Q	5 S	6 S	7 D	8 S	9 T	10 Q	11 Q	12 S	13 S	14 D	15 S	16 T	17 Q	18 Q	19 S	20 S	21 D	22 S	23 T	24 Q	25 Q	26 S	27 S	28 D	29 S	30 T		CHM
1	ALBA ELENA SOUSA	CRM-PE 23.105					D/N							D/N							D/N							D/N						
2	CAROLINA CASTANHA CAVALCANTI	CRM-PE 32.097						D/N							D/N							D/N							D/N					
3	CHRISTIANE MARIA BEZERRA SOARES	CRM-PE 11.886			D/N							D/N							ATM							D/N								
4	DEBORA IALLE PESSOA DE SOUSA	CRM-PE 29.845				D/N							D/N							D/N							D/N							
5	GEANDRA SARAH DE AZEVEDO DANTAS	CRM-PE 32.369	D/N							D/N							D/N							D/N							D/N			
6	JULIANA COUTO BARROS LIMA	CRM-PE 32.091						D(FN)							D/N							D/N							D/N					
7	JULIETA HENNESSEY PIMENTEL	CRM-PE 37.124			D/N	D						D/N							D/N							D/N								
8	KARINA ALCANTARA SILVA	CRM-PE 31.582						N	D/N							N(FD)							D/N							D/N				
9	LYVIA NAYÁ BEZERRA DA SILVA	CRM-PE 32.232	D/N							D/N							D/N							D/N								D/N		
10	LIVIA LEANDRO	CRM-PE 40.954		D/N			D/N				D/N							D/N							D/N								D/N		
11	NATHALIA VAZ	CRM-PE 36.900					F							D/N											D/N								D/N	
12	POLLYANA RABELO BORBA CARVALHO AMORIM	CRM-PE 32.231		D/N							D/N							D/N									D/N							
13	TAISA MELÂNIA MOREIRA DE OLIVEIRA	CRM-PE 32.099				ATM							D/N							D/N											D/N			
14	MARIO JORGE RIOS	CRM-PE 34.990							D/N							D/N			N				D/N											
15																																		
	PEDRO BEZERRA	CRM-PE 28.589																																
	JOÃO DANIEL	CRM-PE 37966																																
	BIANCA CAVALCANTI	CRM-PE 40.950																	D															
														FERIATRIA																				
1	ANTONIO MARCELO CORDEIRO DE C JUNIOR	CRM-PE 33.739			FER							FER							FER							FER								
2	DANIELLE L FIGUEROA DE A AYMAR	CRM-PE 27.383		D/N							ATM							D/N							D/N							D/N		
3	LIVIA SIBERIA NOBREGA	CRM-PE 37.043						D/N							D/N							D/N							D/N					
4	MARCELO RODRIGUES DE SANTANA	CRM-PE 25.192				D/N							D/N							D/N							D/N							
5	MARIA DO SOCORRO M.DIAS DE A.MELLO	CRM -PE 5.891							D/N							D/N							D/N							D/N				
6	ALICE V. LINS BORGES	CRM-PE 38.239					D/N							D/N							D/N							D/N						
7	VITOR GABRIEL DE LIMA SIMPLICIO	CRM-PE 33.054	D/N							D/N							D/N							D/N							D/N			
		CRM-PE 39.576					D/N							D/N							D/N							D/N						
	ANA CAROLINA	CRM-PE 40.950		D/N	D						D/N	D						D/N							D/N	D						D/N		
	BIANCA CAVALCANTI	CRM-PE 39600						D/N							D/N							D/N							D/N					
	ALANA SOUTO MAIOR	CRM-PE 40.954			N							D/N							N							N								
	LIVIA LEANDRO	CRM-PE 37.270	D/N							D/N							D/N							D/N							D/N			
	CARLOS KLAUDIEL	CRM-PE 26.978				D/N							D/N							D/N							D/N							
	SARAH RIBEIRO	CRM-PE 40.948			D/N				D/N		N	D/N				D/N			D/N							D/N				D/N				
	MARIA EDUARDA	CRM PE									D																							
	LEONARDO MARQUES																																	

Legenda

OBSERVAÇÕES:

D (7:00 ÁS 19:00)	N (19:00 às 07:00)	LM-LICENÇA
AT- ATESTADO	F- FALTA - F- FÉRIAS	FER- FÉRIAS

* OBSERVAÇÃO

P - AVISO PRÉVIO

Coordenador do setor de trabalho

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

Coordenação Geral Direção Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000117

S3 | JABOATÃO | SUS

UPA SOTAVE

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM — JUNHO

	NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
			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	
1	BETANIA MARIA GOMES	374352	MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
2	AURELICE MARIA BALBINO	531312	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	220
3	JAQUELINE FERREIRA DA SILVA (S.VERMELHA 2)	760872	F		F		F		F		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
4	JOANA SOARES DE S. TRAVASSOS (REMOÇÃO)	549956	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
5	MAURISIA CONCEIÇÃO DE O. SANTANA (POSTO)	791189	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
6	KARLSON BARROS TRAJANO	420438	L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		220
7	MARYSTELA BIONES DE LIMA (S.VERMELHA 1)	1652871	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
8	ELISANGELA MARIA DA SILVA(POSTO/PULSEIRAS)	981768	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
9	ALESSANDRA DE OLIVEIRA PAES (PEDIATRIA)	1417196	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
10	RAFAELA SANTOS DE M. APARICIO(POSTO/CME)	1561239	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
11	JONH ERIC DE LIMA(POSTO/ACESSOS)	1700968	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
12	JAQUELINE SILVA DE CARVALHO (POSTO)	275511	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
13	LEONARDO INACIO DE MEDEIROS (S. VERMELHA 1)	432607	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
14	NOEMIA M DOS SANTOS SILVA (POSTO/ ACESSOS)	16397215	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
15	IVONETE DE PAULA DAS NEVES (POSTO/CME)	1013511	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
16	VALQUIRIA FERREIRA DA SILVA (PEDIATRIA)	724376	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
17	ANDREZA MARIA DA SILVA ARRUDA (S.VERMELHA 2)	1320552	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
18	ANA PAULA PEREIRA DE MENDONCA(POSTO/PULS)	116917	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
19	DAVID FRANCISCO LARESTE (REMOÇÃO)	2034581	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
20	NEIDE DA SILVA FERREIRA(PEDIATRIA)	374369	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
21	ABEL JOSÉ DOS SANTOS	292022	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	220
22	DEGNAL JUNIOR DE O. MARTINS(S. VERMELHA 1)	1320552		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
23	IVANILZA M.A. DE AMORIN DOS SANTOS (PEDIATRIA)	565008		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
24	LIVIA HENRIQUE DOS SANTOS(S. VERMELHA 2)	2020689		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
25	DANILLO VICENTE MONTEIRO(REMOÇÃO)	1746567		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
26	TALITA MARIA SILVA DE OLIVEIRA(SAME)	2014606	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	220
27	ZILANDIA RODRIGUES DE FRANCA(PEDIATRIA)	655605		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
28	MARIA JOSE DE SOUZA FELIX	468818		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
29	ADAILDE SILVA DE PAULA DA CRUZ (POSTO/ACESSO)	518680		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
30	THAMIRES FERREIRA DA LUZ(POSTO/CME)	2319866		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
31	ROSILEIDE GALVAO L NASCIMENTO(PEDIATRIA)	867879		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
32	HOGLA MARIA DA SILVA LUIZ (S. VERMELHA 2)	1970405		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
33	RITA DE CASSIA ALVES S.VIEIRA (S.VERMELHA 1)	458704		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
34	RILZO KELLES SANTOS BENEDITO(REMOÇÃO)	938115		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
35	VITORIA LARISSA SILVA PACHECO(POSTO/PULSEIRAS)	714189		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
36	ELIVANIA ALVES XAVIER (PEDIATRIA)	691559		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
37	KAROLINA ROCHA DE PAULA	216936	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	220
38	LEIDJANE DA SILVA DOMINGOS (POSTO/CME)	1323384		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
39	CASSIA ALVES DOS SANTOS (POSTO/ACESSO)	591116		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220

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

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

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

Luciana Cardoso
Coord. Enfermagem
COREN/PE 385887
UPA SOTAVE

Coord./Resp. setor de trabalho

Direção Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

000118

S3 GESTÃO EM SAÚDE | PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

ENFERMEIROS — JUNHO

	NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
			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	
1	LUCIANA CRISTINA CARDOSO DOS ANJOS	385887	MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	200horas
2	GISELE DE OLIVEIRA BARBOSA TENÓRIO	95728	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	200horas
3	DANIELLY TOMAZ DE MENDONÇA CARNEIRO	693017	MTM	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	200horas
4	ALESSANDRA OLIVIERA SANTIAGO (CLASSIF)	315831	N			N			N			N		D	N			N			N			N			N			N		D	200horas
5	CLAUDETE CRUZ DUARTE ALENCAR	554608	N			N			N			N			N		D	N			N			N			N		D	N			200horas
6	CLAUDIA REJANE OLIVEIRA S.LIMA	417193	N		D	N			N			N			N			N			N		D	N			N			N			200horas
7	EDINALDO JUNIOR	340660	D		D	D			D			D			D		D	D			D			D			D			D			200horas
8	MAYARA LUIZE GONÇALVES DE S PEREIRA	630438	D			D			D			D			D			D		D	D			D	D		D			D			200horas
9	MARCELO ALVES DA SILVA (CLASSIF)	607259	D	D		D			D			D			D			D			D			D			D			D	D		200horas
10	FERNANDO LEDO PONTES	567292		D			D			D	D		D			D			D			D			D	D		D			D		200 horas
11	GUNTHENBERG DE SANTANA LEITE (CLASSIF)	500691		D			D	D		D			D			D			D	D		D			D			D			D		200horas
12	MARIA LUIZA CHAVES DA S MIRANDA (CLASSIF)	932148		N			N			N	D		N			N			N			N			N			N			N	D	200horas
13	THAIS CAROLINE NUNES DA SILVA	546768	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	200horas
14	JONAS AMORIM DA SILVA	783336		N			N			N			N	D		N			N			N			N			N	D		N		200horas
15	MARCIA TEXEIRA GOMES	346525			N			N		D	N			N			N		D	N			N			N			N			N	200horas
16	MARIA JOSÉ DO NASCIMEN BATISTA (CLASSIF)	554608			N			N			N			N			N			N		D	N			N		D	N			N	200horas
17	LUARA VITORIA CANDIDO (CLASSIF)	785517			D		D	D			D		D	D			D			D			D			D			D			D	200horas
18	WILLYANE XIMENES	726834	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	200horas

Legenda		
MT (07:00 ÀS 17:00)	M (07:00 às 13:00)	T (13:00 às 19:00)
N (19:00 ÀS 07:00)	AD (08:00 às 17:00)	D (7:00 ÀS 19:00)

F = Férias
L = Licença

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

Coord./Resp. setor de trabalho

Luciana Cardoso
Coord. Enfermagem
COREN/PE 385887
UPA SOTAVE

Direção Geral

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000119

S3 GESTÃO EM SAÚDE | PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

FARMACIA — jun/26

	NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
			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	
1	IVANA ALBUQUERQUE DA SILVA BARBOSA	3224	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	
2	CAMILA RODRIGUES PINTO	8439		D			D			D			D			D			D			D			D			D			D		
3	THALLYS ARTHUR D'ARC S. DA SILVA	15218			D			D			D			D			D			D			D			D			D			D	
4	ALYSON GERMANO DOS SANTOS	7414	D			D			D			D			D			D			D			D			D			D			
5	RAFAEL FERREIRA DOS SANTOS	13955			N			N			N			N			N			N			N			N			N			N	
6	EMERSON MARQUES C. DOS SANTOS	9628	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
7	PAMELA KARINNE F. SILVA	5416	N			N			N			N			N			N			N			N			N			N			
8	JAQUELINE SANTOS FARIAS DA SILVA	9650		F			N			N			N			N			N			N			N			N			N		
9	WESLEY LEANDRO BANDEIRA DE MOURA			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
10	GUSTAVO HENRIQUE MARQUES CAMPELO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		
11	EZEQUIEL CORREIA DE ARAUJO JUNIOR		F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
12	ELVIS DOS SANTOS SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		

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

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

Coord./Resp. setor de trabalho — Direção Geral

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

000120

S3 GESTÃO EM SAÚDE | PREFEITURA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

Higienização — jun/26

	NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
			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	
1	ÍRIS MARIA DA SILVA		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
2	MÍRIAN SAMAI DA SILVA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
3	JANAÍNA NASCIMENTO LIMA		F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	220
4	ANGÉLICA MARIA DA SILVA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
5	SILVÂNIO JOSÉ DA SILVA			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
6	MÔNICA JANUÁRIO			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
7	MARIA DA CONCEIÇÃO MENDONÇA LIMA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
8	JOSÉ MARCELO KELLYSSON DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
9	MIRIAM ALVES DA SILVA		F	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
10	ANTÔNIO CARLOS DA SILVA			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220

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

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

Inalda Santos
Direção Geral

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

000121

S3 GESTÃO EM SAÚDE | PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

MAQUEIRO — **jun/26**

	NOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		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		
1	ALMIR VALÊNCIA DOS SANTOS		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
2	SEVERINO RIBEIRO JÚNIOR	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D			220
3	JOSÉ PEDRO GOMES SILVA		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		220
4	JOSUÉ GALDINO DE ARAUJO	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N			220

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)

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

Rafaelly Melo
Direção Assistencial

Inalda Santos
Direção Geral

Rafaelly Melo
Diretora Assistencial
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

0001122

S3 GESTÃO EM SAÚDE | PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

CONDUTORES — jun/26

	NOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		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		
1	PAULO MARCONDES ARCOVERDE FERREIRA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
2	JOSÉ SÉRGIO DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
3	MANOEL ALVES DOS SANTOS	F		F		F		F		F		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D			220
4	CARLOS JOSÉ MOURA DA SILVA	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N			220
5	DOUGLAS RAMOS DA SILVA	D		D		D		D		D																							220

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

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

Rafaelly Melo
Dir.Assistencial

Inalda Santos
Direção Geral

S3 Rafaelly Melo
Diretora Assistencial
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000123

S3 GESTÃO EM SAÚDE | JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

LABORÁTORIO — **jun/26**

	NOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		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		
1	ANDRESSON MÁXIMO DA SILVA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D			220
2	JAILSON VIEIRA DA SILVA	L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L		L			220
3	TARCISIO KLEBER ARAUJO DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
4	ITHYANA THAIS DE MELO ALVES		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
5	LUANA SILVA DE FARIAS	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N			220

Legenda		
MT (07:00 ÀS 17:00)	M (07:00 às 13:00)	T (13:00 às 19:00)
N (19:00 ÀS 07:00)	AD (08:00 às 17:00)	D (7:00 ÀS 19:00)

F = Férias
L = Licença

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

Rafaelly Melo
Direção Assistencial

Inalda Santos
Direção Geral

Rafaelly Melo
Diretora Assistencial
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000124

S3 GESTÃO EM SAÚDE | PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR — **jun/26**

SERVIÇO SOCIAL

	NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		CHM
			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		
1	ELISANGELA MARTINS	13.678	D			D			D			D			D			D			D			D			D			D				150
2	RENATO FELIPE FRANCELINO DOS SANTOS	13.545			D			D			D			D			D			D			D			D			D			D		150
3	BETÂNIA MARIA GUIMARÃES DE OLIVEIRA	12.837		D			D			D			D			D			D			D			D			D			D			150
4	AUMIRENE MARIA DE FRANÇA	12.289																																150
			NUTRICIONISTA																															
	LARISSA OLIVEIRA DE ARRUDA	36.338	L	L	L	L	L			L	L	L	L	L			L	L	L	L	L			L	L	L	L	L			L	L	L	200

Legenda	**F = Férias**	**L= Licença**
MT (07:00 ÀS 16:00)	**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)**

Rafaelly Melo
Direção Assistencial

Inalda Santos
Direção Geral

S3 Rafaelly Melo
Diretora Assistencial
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
ATM=Atestado Médico
WFH= Work from home (Home office)

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000125

S3 GESTÃO EM SAÚDE | JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

RAIO - X — jun/26

	NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		CHM
			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		
1	GIBSON DE SOUZA LOBO	07066 T							P							P							P							P				120
2	FABIANO SILVESTRE DE LIMA	01274 T	P							P							P							P							P			120
3	SCHERLEY ALENCAR VIEIRA DA SILVA	03488 T		P							P							P							P							P		120
4	FRANCISCO DE ASSIS OIVEIRA SANTO	00563 T			P							P							P							P								120
5	JOSÉ RENATO DE A.CARRERA	00715 T				P							P							P							P							120
6	ALEXSANDRO SANTOS DA ROCHA	00415 T					P							P							P							P						120
7	ANDERSON FREITAS	03626 T						F							F							F							F					120
8	RICHARD NIXON DA SILVA NETO	00742 T						P							P							P							P					120

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

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

Rafaelly Melo
Direção Assistencial

Inalda Santos
Direção Geral

S3 Rafaelly Melo
Diretora Assistencial
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000126

S3 GESTÃO EM SAÚDE | JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

ADMINISTRATIVO — **jun/26**

NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
		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	
DIREÇÃO																																
INALDA DE MELO SANTOS		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
DIREÇÃO ASSISTENCIAL																																
RAFAELLY MONIQUE MARQUES MELO		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO																																
PAULO HENRIQUE CARVALHO DA SILVA		F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	220
ANALISTA DE SUPRIMENTOS																																
MARIANNA CRISTINA DE BARROS PINTO		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
TÉCNICO DE T.I.																																
CLELIO TOMAZ DA SILVA		D		D		D		D		D		D		D		F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F		220
SÉRGIO ROBERTO DE SOUSA CAVALCANTI			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
ANALISTA FINANCEIRO																																
LAURA PACHECO DE OLIVEIRA		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO																																
JACYARA MARIA ROMÃO DO NASCIMENTO		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
PAULO VINÍCIUS AGUIAR		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
ANALISTA ADMINISTRATIVO																																
JOÃO VICTTOR CORREIA DE LIMA		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS																																
LUCIANA SERPA DE SOUZA SILVA		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
JOVEM APRENDIZ																																
MARIA THAYNÁ FERREIRA		M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	100
BÁRBARA PAULA DA SILVA BELO		M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	100
ANTÔNIO MARCOS DE SOUZA F. FILHO		T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	100
ENCARREGADO ADMINISTRATIVO																																
MARCOS ANDRÉ CIPRIANO		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
ELENILDO DA SILVA BEZERRA			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
TÉCNICA EM SEGURANÇA DO TRABALHO																																
CAMILA MARQUES RIBEIRO PEREIRA		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO																																
VALDOMIRO JOSÉ DE SANTANA		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	220

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)

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

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

Direção Geral

UPA SOTAVE Inalda Santos Diretora Geral

UPA SOTAVE Inalda Santos Diretora Geral

0001127

S3 GESTÃO EM SAÚDE | JABOATÃO DOS GUARARAPES | SUS

UPA SOTAVE

	NOME	CONSELHO	COPA																		jun/26														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			
			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			
1	EDILENE EDILZA		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN				160
2	MARIA VALDENICE			SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD			160
3	RAFAELA CRISTINA		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD				160
4	ROSIMERE CAVALCANTE			F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F		F			160
5	LUCIENE MARIA			SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN		SN			160

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

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

Coord./Resp. setor de trabalho

Direção Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000128

S3 GESTÃO EM SAÚDE | JABOATÃO | SUS

UPA SOTAVE

Agentes de portaria — jun/26

	NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
			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	
1	ALLISSON JOSÉ GONÇALVES DE MOURA		F	F	F	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	220
2	JOSÉ JONALVE MONTEIRO ALVES		F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	220
3	DAVI MENDES RIBEIRO																		D		D		D		D		D		D		D		220
4	ROBSON FERREIRA DA SILVA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
5	JOSÉ ELENILSON DA SILVA			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
6	JOSÉ LEANDRO GOMES DA SILVA																	D		D		D		D		D		D		D		D	220
7	ADRIANO VALÊNCIO		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
8	GLEBSON JONATAS DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
9	JEFFERSON ROBERTO PEREIRA DA SILVA			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
10	FRANCISCO VALBERIS DA SILVA			D		D		D		D		D		D		D		N		N		N		N		N		N		N		N	220
11	LEONARDO JOSÉ DA SILVA			N		N		N		N		N		N		N																	220
12	FRANCISCO DE ASSIS		LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM																							220

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)

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

Coord./Resp. setor de trabalho — Marianna Mepezes, Analista de Suprimentos, UPA SOTAVE

Direção Geral — Inalda Santos, Diretora Geral, S3 Gestão em Saúde, UPA SOTAVE

UPA SOTAVE Inalda Santos Diretora Geral

000129

S3 GESTÃO EM SAÚDE | JABOATÃO | SUS

UPA SOTAVE

Recepção — jun/26

	NOME	CONSELHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	CHM
			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	
1	VINÍCIUS GUILHERME RAMOS DA CUNHA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
2	JOSÉ LUCAS CORREIA LEITE		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		220
3	PAULO LUIZ DA SILVA			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
4	REINALDO LUIZ DA SILVA			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	220
5	THIAGO LINS DA SILVA		F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	220
6	ELISÂNGELA VIEIRA DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
7	SILMAR JOSÉ DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		220
8	FAUSTO JOSÉ SANTOS COSDEM JUNIOR			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	220
9	LEONARDO JOSÉ DA SILVA																	N		N		N		N		N		N		N		N	220
10	DANILO RIBEIRO DE BARROS			N		N																											220

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)

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

Mariana Menezes
Coord./Resp. setor de trabalho
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

Direção Geral

Inalda Santos
Diretora Geral
S3 Gestão em Saúde
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

000130

ANEXO VI

UPA SORAYE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **INDICADORES ASSISTÊNCIAIS**	JABOATÃO

000132

1. Apresentação

Período: Junho 2026

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

Este documento consolida informações referentes ao Tempo de espera por classificação de risco (Protocolo de Manchester); Quantitativo de atendimentos por cor; Fluxo de pacientes no Fast Track; Quantidade de protocolos de IAM abertos; Tempo Porta–Eletrocardiograma (Porta-ECG)

2. Indicadores (Mediana)

2.1 Os dados do sistema MV, considerando o fluxo do Totem até a Alta (Classificação de Manchester – todas as cores), demonstram desempenho satisfatório nas etapas iniciais do atendimento, com medianas variando entre aproximadamente 1 e 28 minutos na Triagem e entre 8 e 32 minutos na Recepção. Os resultados evidenciam adequada capacidade de acolhimento e processamento inicial dos pacientes, indicando boa eficiência no acesso à assistência.

2.2 Entretanto, observa-se elevada variabilidade no tempo de permanência até a Alta, com medianas oscilando entre 2h33min e 78h19min. Essa dispersão sugere heterogeneidade importante no perfil clínico dos pacientes e possíveis gargalos relacionados à observação prolongada, disponibilidade de leitos, necessidade de exames complementares, definição de conduta terapêutica e processos de transferência ou desfecho assistencial.

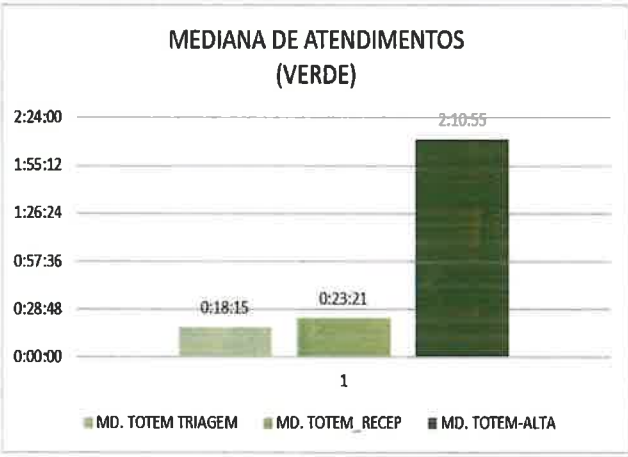
2.3 Do ponto de vista gerencial, os resultados indicam que o principal ponto de atenção permanece concentrado na continuidade do cuidado e no tempo total de permanência dos pacientes na unidade. Embora os indicadores da porta de entrada apresentem desempenho adequado, observa-se oportunidade de melhoria na organização do fluxo interno, na redução da variabilidade assistencial, na otimização da gestão de leitos e no aumento do giro dos pacientes, contribuindo para maior eficiência operacional e melhor utilização da capacidade instalada da unidade.

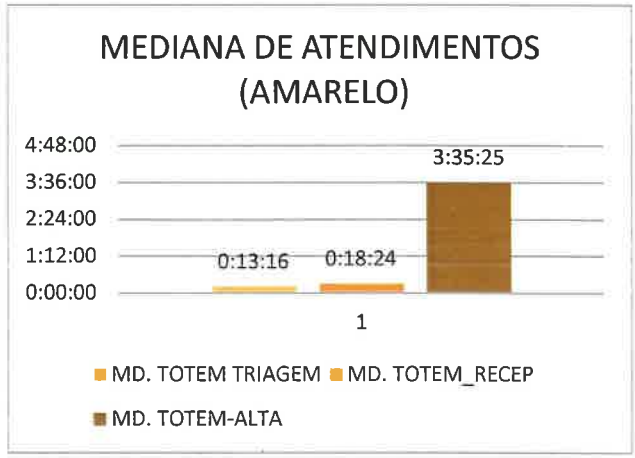
UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

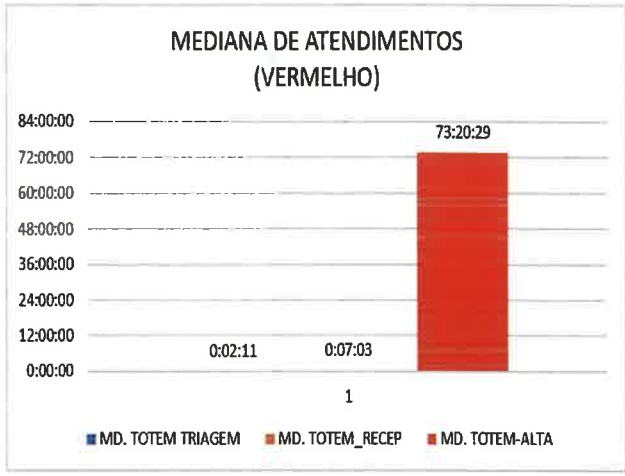
S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **INDICADORES ASSISTÊNCIAIS**	JABOATÃO

MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:13:16	0:18:24	3:35:25
MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:26:09	0:44:15	1:15:00
MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:07:24	0:13:25	19:44:47
MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:18:15	0:23:21	2:10:55
MD. TOTEM TRIAGEM	MD. TOTEM_RECEP	MD. TOTEM-ALTA
0:02:11	0:07:03	73:20:29

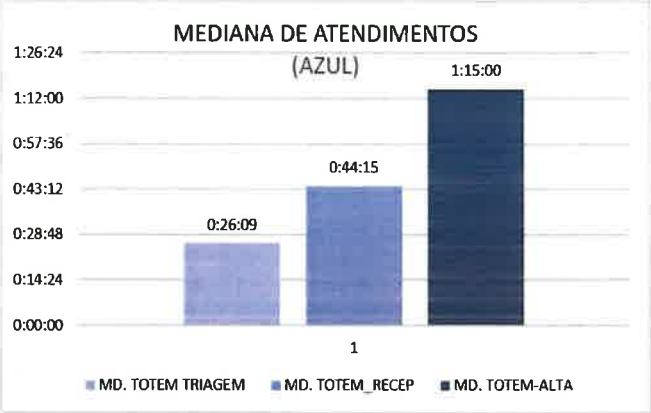
1. Tempo de Mediana por Classificação







UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral



2. Distribuição de Atendimentos Classificação de Risco

Protocolo de Manchester e Tempo Médio de Espera

Cor (Prioridade)	Nº de Atendimentos	Tempo Médio de Espera	Tempo Máximo Recomendado (Manchester)	Análise Comparativa	Percentual de Atendimentos
Vermelho (Emergência)	41	1 min e 29seg	Atendimento imediato (0 min)	Atendimento imediato na chegada, porém com permanência extremamente prolongada, indicando alta complexidade clínica e necessidade de internação/observação prolongada	0,92%
Laranja (Muito (Urgente)	80	08 min 47seg	Até 10 minutos	Tempo de triagem dentro do fluxo inicial, porém com permanência assistencial elevada até desfecho clínico	1,79%
Amarelo (Urgente)	1.033	14 min 35seg	Até 60 minutos	Dentro do tempo preconizado pelo protocolo	23,07%
Verde (Pouco (Urgente)	3.317	23 min 52 seg	Até 120 minutos	Dentro do esperado, maior concentração de demanda assistencial	74,09%
Azul (Não (Urgente)	9	27 min 35 seg	Até 240 minutos	Dentro do protocolo estabelecido, com baixa representatividade no volume total de atendimentos	0,13%

UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

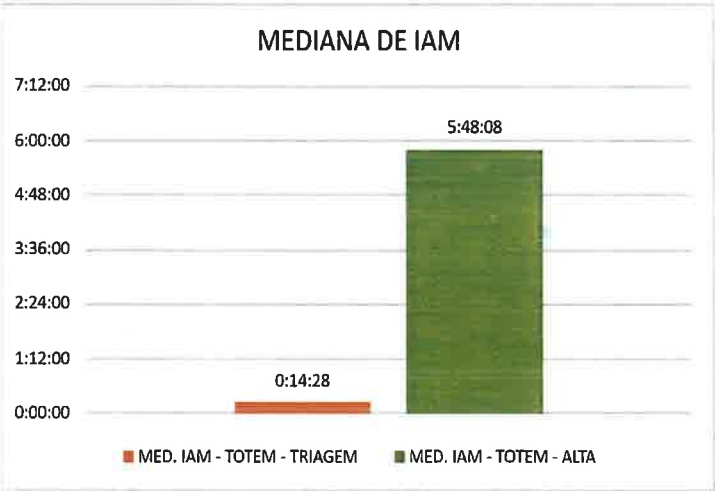
S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **INDICADORES ASSISTÊNCIAIS**	JABOATÃO

3. Análise Gerencial – Classificação de Risco (Protocolo de Manchester)

No período analisado, a maior parte dos atendimentos concentrou-se na classificação **Verde**, com **3.317 atendimentos (74,09%)**, evidenciando o predomínio de casos de baixa complexidade. Em seguida, a classificação **Amarela** registrou **1.033 atendimentos (23,07%)**, mantendo tempo médio de espera dentro do limite recomendado pelo Protocolo de Manchester. As classificações **Laranja (80 ou 1,79%)** e **Vermelha (41 ou 0,92%)** apresentaram tempos de espera compatíveis com os parâmetros estabelecidos para casos de maior gravidade, demonstrando adequada priorização assistencial. A classificação **Azul** representou apenas **6 atendimentos (0,13%)**, confirmando baixa demanda de casos não urgentes. De forma geral, os indicadores evidenciam boa conformidade com os tempos preconizados pelo Protocolo de Manchester e um fluxo assistencial organizado na unidade.

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

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



UPA SOLAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **INDICADORES ASSISTÊNCIAIS**	JABOATÃO

INDICADOR	RESULTADO
Nº de Protocolo IAM Aberto	54
Tempo Médio Porta - ECG	18 min e 42s
Percentual de ECG Realizado até 10 Minutos	38,89%
Quantidade de ECG	194
Percentual dentro do protocolo	38,89%
Percentual fora do protocolo	61,11%

5. Análise do Indicador – Protocolo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
No período analisado, foram realizados 196 eletrocardiogramas (ECG), com abertura de 54 protocolos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O tempo médio Porta–ECG foi de 18 minutos e 42 segundos, valor superior ao tempo recomendado pelas diretrizes assistenciais para pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda.
Em relação ao indicador Porta–ECG, 38,89% dos pacientes realizaram o exame em até 10 minutos, estando em conformidade com o protocolo institucional, enquanto 61,11% ultrapassaram o tempo preconizado.

Os resultados evidenciam oportunidades de aprimoramento na identificação precoce e na priorização dos pacientes com dor torácica ou sintomas sugestivos de IAM visando reduzir o tempo até a realização do ECG e aumentar a conformidade com as recomendações assistenciais. O monitoramento contínuo desse indicador é essencial para qualificar a linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio, promovendo maior segurança ao paciente e maior efetividade no atendimento às condições tempo-dependentes. Segue tabela extraída do sistema MV (CIDs R074/ R072/ I209)

R074	01/06/2026 08:51	01/06/2026 09:24	01/06/2026 11:10	0:32:54	1:45:40
R074	02/06/2026 07:20	02/06/2026 07:24	02/06/2026 10:23	0:04:11	2:58:24
R074	02/06/2026 10:11	02/06/2026 10:14	02/06/2026 17:13	0:03:34	6:58:13
R074	02/06/2026 17:40	02/06/2026 17:45	03/06/2026 05:35	0:04:52	11:49:44
R074	03/06/2026 16:26	03/06/2026 16:40	25/06/2026 00:48	0:13:31	512:08:12
R074	04/06/2026 18:01	04/06/2026 18:49	04/06/2026 20:06	0:48:10	1:16:21
R074	05/06/2026 22:13	05/06/2026 22:25	06/06/2026 00:12	0:12:18	1:46:19
R074	07/06/2026 16:30	07/06/2026 17:11	07/06/2026 20:59	0:41:08	3:47:10
R074	08/06/2026 08:18	08/06/2026 08:43	25/06/2026 00:52	0:24:44	400:09:16
R072	08/06/2026 12:53	08/06/2026 12:59	25/06/2026 09:51	0:05:39	404:52:30
R074	09/06/2026 13:53	09/06/2026 13:56	09/06/2026 19:54	0:02:42	5:57:28

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL

INDICADORES ASSISTÊNCIAIS

JABOATÃO

R074	09/06/2026 14:27	09/06/2026 15:45	09/06/2026 18:36	1:18:16	2:50:19
R074	09/06/2026 17:10	09/06/2026 17:22	25/06/2026 09:12	0:12:11	375:49:20
R074	10/06/2026 20:08	10/06/2026 20:10	25/06/2026 09:28	0:01:58	349:17:43
R074	10/06/2026 23:09	10/06/2026 23:28	11/06/2026 10:51	0:18:25	11:22:36
R074	11/06/2026 21:21	11/06/2026 21:23	28/06/2026 08:12	0:02:00	394:48:40
R074	12/06/2026 06:20	12/06/2026 06:23	12/06/2026 08:10	0:03:09	1:46:13
R074	12/06/2026 11:00	12/06/2026 11:12	12/06/2026 12:57	0:11:22	1:44:57
R074	14/06/2026 15:54	14/06/2026 16:17	14/06/2026 21:59	0:22:17	5:41:49
R074	15/06/2026 13:41	15/06/2026 14:11	15/06/2026 16:05	0:30:25	1:53:02
R074	15/06/2026 23:19	15/06/2026 23:47	16/06/2026 16:01	0:28:50	16:13:09
R074	16/06/2026 07:06	16/06/2026 08:06	16/06/2026 14:15	0:59:55	6:08:53
R074	16/06/2026 08:16	16/06/2026 08:22	25/06/2026 23:05	0:06:24	230:42:49
R074	16/06/2026 16:53	16/06/2026 17:41	17/06/2026 11:18	0:47:35	17:36:41
R074	16/06/2026 21:52	16/06/2026 22:21	17/06/2026 01:58	0:29:39	3:36:07
R074	17/06/2026 00:43	17/06/2026 00:57	17/06/2026 02:43	0:13:57	1:45:52
R074	17/06/2026 09:13	17/06/2026 09:14	17/06/2026 19:57	0:00:45	10:42:24
R074	18/06/2026 22:17	18/06/2026 22:34	19/06/2026 01:20	0:17:39	2:45:02
R074	19/06/2026 00:48	19/06/2026 01:29	28/06/2026 08:02	0:41:08	222:32:39
R074	19/06/2026 07:20	19/06/2026 07:56	19/06/2026 15:38	0:35:37	7:41:42
R074	19/06/2026 07:42	19/06/2026 08:25	19/06/2026 09:52	0:43:01	1:26:38
R074	19/06/2026 10:08	19/06/2026 10:10	19/06/2026 14:50	0:02:17	4:39:41
R074	19/06/2026 10:59	19/06/2026 11:02	19/06/2026 18:29	0:03:07	7:26:46
R074	20/06/2026 08:07	20/06/2026 08:25	20/06/2026 17:01	0:18:02	8:35:12
R074	20/06/2026 20:21	20/06/2026 20:22	20/06/2026 21:24	0:01:08	1:01:32
R074	22/06/2026 02:59	22/06/2026 03:05	25/06/2026 12:56	0:06:01	81:50:49
R074	22/06/2026 06:19	22/06/2026 07:01	22/06/2026 16:06	0:42:27	9:04:18
R072	22/06/2026 10:17	22/06/2026 10:21	25/06/2026 12:57	0:03:58	74:35:48
R074	22/06/2026 19:09	22/06/2026 19:47	22/06/2026 21:11	0:38:18	1:23:09
R074	23/06/2026 08:38	23/06/2026 08:57	23/06/2026 19:24	0:18:31	10:26:31
R074	23/06/2026 12:26	23/06/2026 12:46	23/06/2026 19:33	0:19:07	6:46:55
R074	23/06/2026 15:49	23/06/2026 16:05	23/06/2026 16:30	0:16:51	0:24:04
R074	23/06/2026 18:27	23/06/2026 18:31	23/06/2026 21:38	0:04:12	3:06:27
R074	23/06/2026 18:38	23/06/2026 19:05	28/06/2026 10:22	0:26:26	111:17:01
R074	23/06/2026 18:54	23/06/2026 18:58	23/06/2026 21:21	0:04:29	2:22:01
R074	26/06/2026 08:16	26/06/2026 08:23	26/06/2026 08:48	0:06:48	0:24:51
R074	26/06/2026 21:00	26/06/2026 21:23	27/06/2026 00:40	0:23:20	3:16:33
R074	27/06/2026 05:47	27/06/2026 05:51	28/06/2026 04:52	0:03:27	23:00:43
R074	28/06/2026 02:09	28/06/2026 02:14	28/06/2026 03:10	0:05:12	0:55:02
R074	28/06/2026 06:25	28/06/2026 06:36	28/06/2026 08:48	0:11:15	2:11:03

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **INDICADORES ASSISTÊNCIAIS**	JABOATÃO

R074	28/06/2026 18:34	28/06/2026 19:51	29/06/2026 01:46	1:17:00	5:54:26
R074	28/06/2026 22:57	28/06/2026 23:19	29/06/2026 02:22	0:22:05	3:02:06
R074	29/06/2026 03:07	29/06/2026 03:22	29/06/2026 03:46	0:14:59	0:23:32
R074	29/06/2026 15:15	29/06/2026 15:23	29/06/2026 17:00	0:07:35	1:36:53

MED. IAM - TOTEM - TRIAGEM	MED. IAM - TOTEM - ALTA
0:14:28	5:48:08

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

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

No mês de Junho de 2026, foram registrados 03 casos de **AVC não especificado ou Isquêmico (I64).** Os pacientes deram entrada na UPA conforme tabela abaixo do sistema MV

CID	TOTEM	TRIAGEM	ALTA_MEDICA	TOTEM-TRIAGEM	TOTEM-ALTA
I64	02/06/2026 16:02	02/06/2026 16:21	25/06/2026 09:30	0:19:11	545:09:06
I64	03/06/2026 14:25	03/06/2026 14:34	04/06/2026 03:10	0:09:33	12:35:05
I64	11/06/2026 14:08	11/06/2026 14:30	25/06/2026 23:51	0:22:05	345:20:31
I64	12/06/2026 20:34	12/06/2026 20:39	13/06/2026 11:38	0:05:11	14:58:14
I64	19/06/2026 07:04	19/06/2026 07:19	19/06/2026 07:49	0:14:38	0:29:34
I64	29/06/2026 12:00	29/06/2026 12:33	30/06/2026 12:39	0:32:52	24:05:22

MED. AVC - TOTEM - TRIAGEM	MED.AVC - TOTEM - ALTA
0:16:55	19:31:48

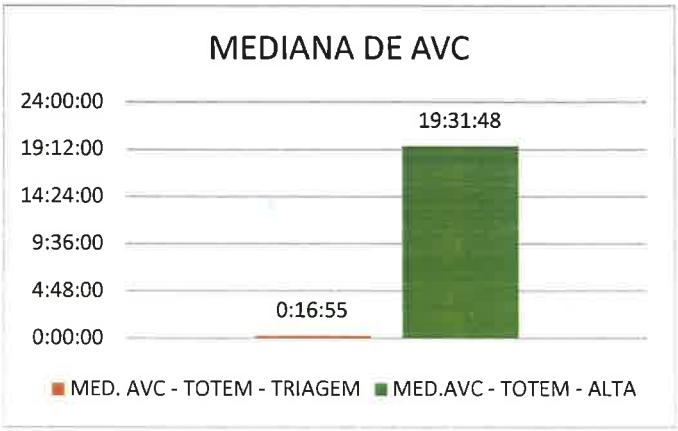
UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

8. Análise do Indicador – Protocolo AVC

No período analisado, o **tempo mediano entre o registro no totem e a realização da triagem foi de 16 minutos e 55 segundos**, evidenciando oportunidade de melhoria na agilidade da classificação de risco dos pacientes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC), considerando que se trata de uma condição tempo-dependente.

A **mediana do tempo entre o registro no totem e a alta foi de 19 horas e 31 minutos**, refletindo a necessidade de permanência prolongada para investigação diagnóstica, monitorização clínica, estabilização do quadro e definição da conduta terapêutica, características inerentes ao manejo desses pacientes.

Sob a perspectiva gerencial, os indicadores reforçam a importância do aperfeiçoamento do fluxo assistencial na etapa inicial do atendimento, buscando reduzir o tempo até a triagem e otimizar a identificação precoce dos casos suspeitos de AVC. A permanência prolongada, por sua vez, está relacionada principalmente à complexidade clínica dos pacientes e à necessidade de acompanhamento especializado durante a assistência.



UPA SOAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **INDICADORES ASSISTÊNCIAIS**	JABOATÃO

9. TABELA DE AVALIAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL

Etapa do Fluxo	Indicador	Avaliação Gerencial
Início dos sintomas → Procura por atendimento	Atraso provável	Possível reconhecimento tardio dos sinais e sintomas de AVC.
Transporte pré-hospitalar	Possível demora	Pode ter contribuído para o aumento do tempo até a chegada à unidade.
Totem → Triagem	**00:16:55**	Tempo com oportunidade de melhoria para agilizar a classificação de risco.
Elegibilidade para trombólise	**Não elegível**	Paciente sem critérios para terapia de reperfusão.
Regulação/Transferência	Sem impacto	Não interferiu na definição da conduta terapêutica.
Totem → Alta	**19:31:48**	Permanência compatível com investigação diagnóstica, monitorização clínica e definição da conduta.

Análise geral:

Os indicadores do Protocolo AVC demonstram que o **tempo mediano entre o registro no totem e a triagem foi de 16 minutos e 55 segundos**, evidenciando oportunidade de melhoria na agilidade do atendimento inicial. A **mediana entre o registro no totem e a alta foi de 19 horas e 31 minutos**, compatível com a necessidade de investigação diagnóstica, monitorização clínica e definição da conduta terapêutica. Os dados reforçam a importância do aperfeiçoamento contínuo do fluxo assistencial, visando reduzir o tempo até a triagem e garantir maior eficiência e segurança no atendimento aos pacientes com suspeita de AVC.

CPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

10. Análise dos Indicadores do Protocolo FAST TRACK

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

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

Distribuição dos pacientes por tempo de atendimento:

Tempo	Quantidade Pacientes	Tempo Médio	Percentual
0 a 5 minutos	5	2 min e30s	1,30%
5 a 10 minutos	21	7,5 minutos	5,44%
10 a 15 minutos	27	12,5 minutos	6,59%
15 a 20 minutos	56	17,5 minutos	14,51%
20 a 30 minutos	93	25 minutos	24,09%
> 30 minutos	184	40 minutos	47,67%
TOTAL	**386**	**34 minutos**	**100%**

A análise dos **386 atendimentos** classificados como prioridade verde demonstrou que a maior concentração de pacientes ocorreu na faixa de **acima de 30 minutos**, correspondendo a **184 atendimentos (47,67%)**. As demais faixas distribuíram-se da seguinte forma: **20 a 30 minutos**, com **93 pacientes (24,09%)**; **15 a 20 minutos**, com **56 pacientes (14,51%)**; **10 a 15 minutos**, com **27 pacientes (6,99%)**; **5 a 10 minutos**, com **21 pacientes (5,44%)**; e **0 a 5 minutos**, com **5 pacientes (1,30%)**.

O **tempo médio estimado de atendimento foi de aproximadamente 27 minutos e 24 segundos**, demonstrando que, embora uma parcela significativa dos pacientes tenha sido atendida dentro de 30 minutos, ainda existe predominância de atendimentos com tempo superior a esse intervalo. Os resultados evidenciam a necessidade de aprimoramento contínuo do fluxo Fast Track, com foco na redução do tempo de espera e no aumento da agilidade do atendimento aos pacientes de baixa complexidade.

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral

S3 GESTÃO EM SAÚDE	**RELATÓRIO MENSAL** **INDICADORES ASSISTÊNCIAIS**	JABOATÃO

11. Referência Bibliográfica

- MV Sistemas. **Sistema MV – Prontuário Eletrônico do Paciente e Módulo de Gestão Assistencial.** Belo Horizonte: MV Sistemas; 2020 (ano da versão utilizada).

- Manual institucional do Sistema MV e relatórios gerenciais extraídos do painel de indicadores assistenciais.

Jaboatão dos Guararapes, 08 de julho de 2026

Danielly Carneiro
NEPH / CIIH

Gisele Tenório
Enfermeira Diarista
COREN/PE 95728
UPA SOTAVE

UPA SOTAVE
Inaldo Santos
Diretora Geral

GESTÃO EM SAÚDE

000143

GESTÃO EM SAÚDE

UPA SOTAVE
Inalda Santos
Diretora Geral