

RELATÓRIO

UPA MARY DOTA - BAURU/SP

Palavras da

Presidente



“

Não tem jeito de você favorecer uma pessoa só em uma parte. O ser humano é uma integralidade. Não adianta eu trabalhar o acesso a determinado direito e deixar de atender outros, porque a dignidade humana é um complexo de coisas. Por isso, a nossa missão é:

**A todo ser humano,
todos os seus direitos.**

Quem somos

O Instituto Avante Social é uma organização da sociedade civil que executa projetos socioassistenciais e de saúde em todo Brasil. Desde que começamos em Minas Gerais, há quase 25 anos, com a prestação da assistência jurídica e psicossocial à população, não paramos mais. Desejamos que as pessoas tenham acesso a seus direitos e amamos cuidar dos outros.

O que fazemos

Há quase 25 anos o Avante Social oferece soluções através da gestão e operacionalização de projetos e programas na área socioassistencial e de saúde, executados de forma autônoma ou em parcerias com o poder público e mercado privado.

Nossos projetos no
Eixo Socioassistencial

As ações do Eixo Socioassistencial do Instituto Avante têm como premissa a redução das vulnerabilidades e riscos sociais, a promoção da justiça social e a defesa e garantia de direitos.

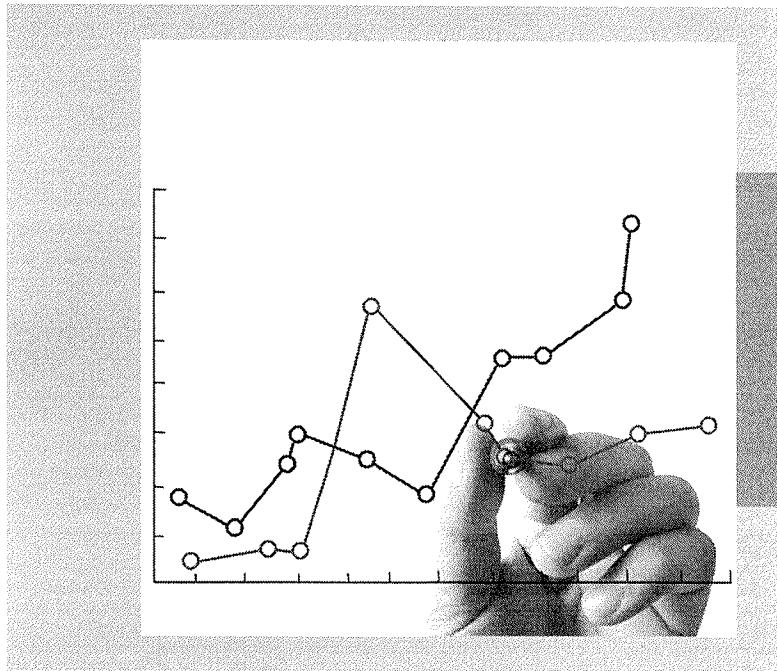
A partir de iniciativas próprias e/ou celebração de parcerias e convênios com Estados e Municípios, atualmente executamos os seguintes trabalhos



Nossos projetos no
Eixo da Saúde

O Instituto Avante Social promove a gestão e operacionalização de serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade, buscando uma prestação de serviços qualificada e eficiente, oferecendo um diferencial nos resultados alcançados por indicadores previamente definidos.

2023 do Avante Social
em números



Total de atendimentos realizados
pelo Avante Social em 2023

+ 27.579
Pessoas atendidas no
Socioassistencial

+358.264
Pessoas atendidas na
Saúde

1. AVANTE SOCIAL

Fundado em junho de 2000, o Instituto Jurídico para Efetivação da Cidadania e Saúde – Avante Social, é uma organização social sem fins lucrativos, certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, conforme portaria nº 91, de 08 de maio de 2019, do Ministério da Cidadania, cujo trabalho é disseminar a temática de direitos humanos, fomentando a criação de programas capazes de articular a promoção do homem com o desenvolvimento social, econômico e cultural da localidade onde vive buscando assegurar a plena realização do direito de desenvolvimento, engajando instituições públicas e privadas no processo participativo de formulação e de implementação de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades econômicas, sociais e culturais promovendo a efetividade dos direitos socioeconômicos como o trabalho, a educação e a saúde, dentre outros, como forma de garantir a aplicação dos direitos políticos e civis da pessoa humana assegurando assim a participação democrática da população no processo de promoção da efetividade dos direitos fundamentais a todo o ser humano. Nosso propósito está alinhado a nossa filosofia empresarial:



Na área da Saúde, a Avante Social desempenha um papel crucial na promoção gratuita da saúde, implementando ações e projetos de gestão em unidades de saúde de baixa, média e alta complexidade. Além disso, a organização oferece serviços jurídicos e psicossociais gratuitos, beneficiando um amplo público que engloba crianças, jovens, adolescentes, adultos, idosos e suas famílias. A atuação da Avante Social abrange a execução de políticas públicas voltadas para a promoção e proteção dos direitos daqueles beneficiados por suas diversas áreas de atuação.

1.1 Eixo Saúde

O Avante Social trabalha para mudar a situação da saúde pública no Brasil. Apresentamos uma evolução no gerenciamento e administração de Hospitais, Unidades de Saúde e UPA (Unidades de Pronto Atendimento), além de serviços como PSF (Programa da Saúde da Família) e SAMU (Serviços de Atendimento Móvel de Urgência). Por meio de programas de educação continuada, também realizamos consultoria e capacitação tecnológica de profissionais.

Nossas soluções permitem que os pacientes tenham uma nova experiência com o sistema de saúde pública, reconhecendo os diferenciais desde o atendimento humanizado, com um sistema atencioso e próximo, até a redução da fila de espera, com maior número de médicos, medicamentos e equipamentos tecnológicos.

Atualmente, a Avante Social realiza a gestão de diversos serviços, tais como:

- Gestão de Prestação de Serviços Médicos;
- Gestão de Serviços Especializados em Saúde;
- Gestão Hospitalar (todos os níveis de complexidade);
- Gestão de Maternidade;
- Gestão de Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- Gestão de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros.

O Instituto valoriza o indivíduo, atuando com ética e responsabilidades, e buscando de forma permanente a melhoria dos processos e dos resultados e a satisfação dos seus usuários tendo como objetivos:

- Atender os pacientes com dignidade respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviço, cumprindo com os preceitos éticos e morais estabelecidos pelos conselhos de classe dos profissionais que atuam no objeto do presente projeto.
- Reconhecer, no processo de descentralização, o fortalecimento do poder local, enquanto espaço para gerir e integrar as políticas públicas.
- Apoiar o município e as comunidades com a metodologia da construção de indicadores que refletem os diferentes paradigmas de desenvolvimento na formulação, monitoramento e avaliação.
- Recolocar os valores da cidadania, concomitantemente, à construção de direitos e responsabilidades pelos diferentes fatores sociais, sejam eles governamentais ou não.
- Ser verdadeiramente comprometidos com o processo de desenvolvimento econômico e a preservação ambiental, sempre objetivando a melhoria da qualidade de vida da população.

- Capacitar profissionais tendo como referência uma nova mentalidade de gestão, que seja preventiva e interativa em urgências, com intuito de incorporar e preservar saberes derivados de experiências e vivências tradicionais.
- Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família relação a outros serviços de saúde.
- Zelar pela qualidade das ações e do pessoal contratado que se encontrarem-se em efetivo exercício em consonância as orientações emanadas do parceiro.

2. TERMO DE COLABORAÇÃO

O Termo de Colaboração, fundamentado nas seguintes documentações: Edital de Licitação nº 55/2024, Processo Administrativo nº 174.036/2022 e Chamamento Público nº 10/2024, foi celebrado entre o Município de Bauru/SP, por intermédio da Prefeitura Municipal, e o Instituto Jurídico para Efetivação da Cidadania e Saúde – Avante Social, com início das atividades em 07/08/2024. O objetivo é o gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h Mary Dota.

A UPA Mary Dota é uma unidade de saúde vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, destinada ao atendimento de emergências e urgências, voltada para a população do bairro Mary Dota e regiões adjacentes, como Chapadão, Jardim Silvestre, Nobugi, Pousada I e II, Beija-Flor, Jardim Pagani, Araruna, Santa Luzia, entre outros. O foco principal do atendimento é a população adulta a partir dos 15 anos, considerando que, no município, a faixa etária infantil inclui crianças de 0 a 15 anos. No entanto, isso não impede a unidade de atender crianças de qualquer idade, já que dispõe de infraestrutura, equipamentos e equipe especializada para esse público.

Para embasar este relatório, foram utilizados os dados do sistema de informação “MV”, atualmente empregado em toda a rede de saúde do município de Bauru, incluindo a UPA Mary Dota.

A nova gestão tem como premissa assegurar um atendimento seguro e de qualidade, alinhado à missão, visão e valores do Instituto Avante Social.

3. RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Este relatório tem como objetivo apresentar as ações realizadas durante o período de implantação e continuidade do projeto, garantindo o cumprimento do plano de trabalho e a manutenção da qualidade nos serviços de saúde.

Com o propósito de assegurar um acesso equitativo e abrangente aos serviços de saúde com qualidade para todos os cidadãos, foram realizadas diversas ações pautadas no plano operativo de implantação, incluindo: visitas técnicas para diagnóstico situacional, seleção e contratação dos profissionais, contratação de fornecedores de serviços, integração do tripé de gestão e equipe multiprofissional, organização dos setores da unidade, alinhamentos junto ao município, elaboração de documentação, acompanhamento diário de todo o processo, dentre outras ações.

Essas iniciativas estabelecem uma base sólida para a tomada de decisão, permitindo que o tripé de gestão da unidade de saúde (coordenação médica, coordenação de enfermagem e coordenação administrativa) implemente estratégias eficazes para aprimorar a qualidade dos serviços e atingir as metas estabelecidas.

O objetivo deste relatório é apresentar uma análise detalhada dos indicadores e metas estabelecidos no contrato, conforme o plano de trabalho. Este documento foca nos principais resultados alcançados durante o período, com esclarecimento do desempenho quantitativo e qualitativo dos respectivos indicadores.

4. METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DOS INDICADORES

As metas dos indicadores serão apresentadas mensalmente neste relatório, com base em dados coletados na unidade por meio de relatórios extraídos do sistema MV, planilhas desenvolvidas para a coleta de informações e relatórios fornecidos pelo laboratório terceirizado.

Para as metas relacionadas à Atenção às Urgências, Emergências e Pronto Atendimento (consultas médicas), as informações serão obtidas a partir de relatórios específicos extraídos do sistema MV.

Metas referentes à realização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) serão obtidas por meio do sistema MV, dados fornecidos pelo laboratório terceirizado e controle interno por planilhas.

Metas qualitativas relacionadas às informações e à satisfação dos usuários serão avaliadas por meio da pesquisa de satisfação e canal de ouvidoria.

O indicador de humanização do atendimento será medido através:

- Protocolo de acolhimento com classificação de risco a todos os usuários;
- Treinamento de forma institucional os profissionais da empresa em atendimento humanizado;

- Processo de ouvidoria (fluxo, formulário, canal telefônico e e-mail).

Para as metas relacionadas às comissões, serão apresentadas evidências da criação dos regimentos internos, atos normativos, cronograma de reuniões e lista de presença.

O indicador relacionado aos protocolos médicos e multidisciplinares, será evidenciado pela criação do documento de protocolo, capacitação da equipe e implementação do protocolo.

4.1. INDICADORES QUANTITATIVOS

4.1.1. Atendimento médico em UPA 24hs

Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 8.244 atendimentos

Observa-se nesse indicador um aumento de 6,4% do resultado em relação a meta instituída, sendo assim dentro do percentual exigido pelo contrato, porém estamos em constante melhorias institucionais com intuito de aumentar nossa demanda de atendimento, cumprindo sempre com qualidade e seguranças necessários aos usuários SUS dessa unidade.

Em relação ao mês anterior tivemos uma redução de 6% no número de atendimento, o que se explica por ser um mês sazonal do inverno onde as pessoas tendem a procurar menos a unidade.

Ações de Melhoria:

- Melhorar o atendimento humanizado e acolhimento dos usuários (PRAZO IMEDIATO).
- Revitalizar a unidade, com intuito de melhorar o fluxo e iniciar atendimento pediátrico (PRAZO MÍNIMO DE 6 MESES).

4.1.2. Atendimento de Urgência com observação até 24hs

Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 5.718

Durante este mês, a UPA Mary Dota realizou 8.244 atendimentos médicos no total. Desses, 78% dos atendidos sendo 5.718 exigiram observação por até 24 horas, acontece por ser uma demanda onde a alta/transferência do paciente não depende exclusivamente da unidade, pois aguardamos leitos de outras instituições para receber pacientes, o tempo de permanência acaba sendo superior a 24 horas, ocupando leitos que poderiam ser de outros usuários.

Em reunião anterior com os gestores de contrato e gere, ficou alinhar uma nova meta, vamos monitorar qual a representatividade deste número em relação a espera de leito via CROSS.

Ações de Melhoria:

- Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, pois nem todos os meus pacientes atendidos necessitam de observação de 24 horas. (PRAZO 30 DIAS)
- Cobrar e supervisionar médicos e enfermeiros para alimentação do sistema Intranet, CROSS e planilha compartilhada com município a fim de agilizar a transferência dos pacientes da unidade para instituição de referência. (PRAZO IMEDIATO E CONTINUO)
- Avaliar pacientes em observação pelo período de 24hrs e até sua transferência para unidade de referência. (PRAZO IMEDIATO)
- Aderir em mais de 95% das visitas multidisciplinares. (PRAZO IMEDIATO)

4.1.3. Acolhimento com classificação de risco

Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 8.374

No mês de julho, obtivemos 100% de Classificação de Risco em relação a atendimentos médicos. Onde por meio de ação da enfermagem, quando alta demanda de pacientes abrimos mais uma classificação colocando um segundo enfermeiro ou mantemos uma classificação com técnico de enfermagem auxiliando na triagem dos pacientes, com isso atingimos nossa meta. Observa-se uma diferença de classificados em atendidos de 1,6% a mais de classificados, onde todos os pacientes atendidos são abertos fichas e realizadas triagem de avaliação clínica para realização de procedimentos dentro da unidade, onde encontra-se com receituário médico.

Ações de Melhoria:

- Manter a realização de classificação de 100% dos pacientes atendidos na unidade. (REALIZADA DE FORMA CONTINUA)
- Realizar a triagem do paciente em tempo de espera menor que 15min após abertura da ficha. (EM ANDAMENTO)
- Realizar revisão do protocolo de classificação de risco, (REALIZAR EM ATÉ 1 MÊS)

- Treinar todos os enfermeiros da unidade para melhorar o tempo de classificação do paciente; (AGUARDANDO PROTOCOLO)
- Melhorar a classificação do paciente conforme protocolo instituído pela avante, juntamente com o utilizado pela prefeitura, baseado no protocolo de manchester. (EM ANDAMENTO)

4.1.4. Número Absoluto de Diagnóstico em Laboratório Clínico

Meta mensal: 7500 exames

Resultado obtido: 4.459

Dos 8.244 atendimentos médicos realizados, obtivemos um resultado de 4.459 exames de análises clínicas realizados em 939 pacientes, ou seja, foram solicitados exames de análises clínicas para 11,3% dos pacientes atendidos com uma média de quatro a cinco exames por paciente, muito semelhante ao mês anterior.

Ações de Melhoria:

N/A

4.1.5. Número Absoluto de Diagnóstico por Radiologia Simples

Meta mensal: 1000 exames

Resultado obtido: 312

Realizamos 31,2% a menos da meta estabelecida, onde estamos passando por processo de revitalização da unidade e a sala de Raio-x, está desativada em reforma, pois havia danos em sua estrutura para recebimento do novo aparelho que já se encontra dentro da unidade, estima-se um prazo de 20 dias úteis para retorno do aparelho na unidade. Com isso os pacientes menos graves estão sendo encaminhados de transporte da prefeitura até a unidade de apoio UPA Geisel, quanto aos pacientes mais críticos e que não conseguem se locomover está sendo realizado dentro da unidade com aparelho portátil, porém esse aparelho tem uma restrição de imagens como abdome agudo, coluna, bacia e fêmur e restrição de quantidade, realizado no máximo 15 a 18 imagens por dia.

Ações de Melhoria:

- Alugar aparelho de Raio-x portátil para realização de imagens em pacientes mais críticos que não conseguem se locomover ou há um risco quanto ao deslocamento até a unidade de apoio. (CONCLUIDO)
- Realizar aproveitamento do aparelho portátil em até 15 imagens por dia, sendo deixado em torno de 3 imagens para pacientes que chegam de porta em situações de emergência; (EM ANDAMENTO)
- Avaliar pacientes pela enfermagem e médico, no caso dos pacientes que saem da porta quando a sua estabilização (EM ANDAMENTO).
- Instalar novo aparelho após a reforma pela prefeitura com agendamento prévio junto a infraestrutura Claudemir. (PRAZO 20 DIAS)

4.1.6. Número Absoluto de Eletrocardiografia

Meta mensal: 1000 exames (desvio padrão - 900 a 1.100)

Resultado obtido: 152

Realizamos eletrocardiografia a todos os pacientes quando após avaliação médica se observa sinais e sintomas de dores precordiais ou suspeita de IAM. Na classificação enfermeiro tem autonomia de solicitar exame quando sinais claros e suspeita de IAM, para agilizar o diagnóstico e tratamento clínico do paciente. Observa-se que em todos os meses anteriores e esse ficamos abaixo do esperado, pois a meta é inatingível pelo número de pacientes que atendemos, nosso atendimento é de patologia diversas, sendo uma delas cardiologia atendidos pelos médicos clínicos, como primeiro atendimento de estabilização até a transferência para unidade de referência. Porém observa-se uma falha na solicitação dos médicos junto ao sistema MV.

Ações de Melhoria:

- Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, para uma meta tangível. (REALIZAR AGENDAMENTO DE REUNIÃO)
- Melhorar junto a equipe médica a solicitação dos exames no sistema MV de todos os pacientes que se realiza eletrocardiograma; (EM ANDAMENTO)
- Realizar após a solicitação médica a realização via sistema do MV pela enfermagem a realização do exame. (EM ANDAMENTO)

4.2. INDICADORES QUALITATIVOS

4.2.1. Conformidade no processo de Informação aos usuários

INDICADOR	OBJETIVO	CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO					
6	A Unidade de Pronto Atendimento tem como meta e é visível para os usuários e familiares, estando disponível de Atendimento. O indicador dará nota zero se não houver a implementação das rotinas relativas à informação dos usuários, tanto documentalmente como de fato.	Pontuação: 0% a 89%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada					
	Conformidade no processo de Informação aos usuários.						
FONTE:	META: 90%	RESULTADO: 100,0%	PONTOS OBTIDOS	ALCANÇADA			
FÓRMULA	PRODUÇÃO			REALIZADO: SIM / NÃO / PARCIAL			
ITEM 1: Quadro de informações implantado e atualizado na recepção da UPA (Certidões de Responsabilidade Técnica de todos os profissionais, escala de atendimento médico do plantão, Cartaz de Pesquisa de Satisfação, Cartaz de informações sobre a SAÚDedora)	SIM						
ITEM 2: Banner de informação sobre o protocolo de acolhimento com classificação de risco fixado em local visível, acessível a todos, no hall de espera para atendimento	SIM						
ITEM 3: Informações disponíveis sobre horário de visita, especialidades atendidas, especialidades disponíveis na unidade	SIM						
JUSTIFICATIVA							
Item 1: Certidões de RT: Médica - Ok fixado; Enfermagem - Ok fixado; Odontologia - Ok fixado; Farmácia - Ok fixado; Radiologia - Ok fixado. Item 2: Banner de informação: Fixado com arte em 27/09/2024 Item 3: Temos informativo de horário de visita e troca de acompanhante em local visível e acessível em papel simples, porém será realizado uma placa de informação em gráfica após a reforma.							
PLANO DE AÇÃO							
Item 1: Aguardar troca da RT de enfermagem, após as mudanças da gestão da unidade. (EM ANDAMENTO) Item 2: Providenciar Banner de sensibilização de classificação de risco com tempo estipulado de espera para cada tipo de classificação. (PRAZO DE 60 DIAS) Item 3: Realizar informativo em gráfica de forma a deixar uma placa mais visível e com informações relevantes. (APÓS A REFORMA)							

Justificativa:

Item 1: Certidões de RT: Médica - Ok fixado; Enfermagem – OK fixado; Odontologia - Ok fixado; Farmácia - Ok fixado; Radiologia - Ok fixado.

Item 2: Banner de informação: Fixada arte em 27/09/2024.

Item 3: Temos informativo de horário de visita e troca de acompanhante em local visível e acessível em papel simples, porém será realizado uma placa de informação em gráfica após a reforma.

Ações de Melhorias:

- Item 1:** Aguardar troca da RT de enfermagem, após as mudanças da gestão da unidade. (CONCLUIDO)
- Item 2:** Providenciar outro Banner de sensibilização de classificação de risco com tempo estipulado de espera para cada tipo de classificação. (PRAZO DE 60 DIAS).
- Item 3:** Realizar informativo em gráfica de forma a deixar uma placa mais visível e com informações relevantes. (APÓS A REFORMA)

Mural de Responsabilidades Técnicas da unidade:

Foi criado um espaço na recepção próprio para colocar os documentos das responsabilidades técnicas, todas atualizadas.



Certidões de Responsabilidade Técnica – CRT

Exibição das Certidões de Responsabilidade Técnica de todos os profissionais envolvidos no atendimento, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, radiologistas. Vamos garantir que todos os CRTs estejam atualizados e em conformidade com as exigências legais. Verificando regularmente a validade e a atualização dessas certidões.

✓ Certidão de Responsabilidade de Enfermagem

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT
(Resolução COFEN nº 227 de 27 de setembro de 2022)

Validade: De 12/08/2023 a 12/08/2026

O COREN-SP expõe o presente documento, designando como Responsável Técnico pela Unidade Assistencial na Área de Enfermagem:

Nome do Enfermeiro:	DRA MARINA DIAS FERREIRA	COREN-SP nº:	603223
Matrilo:	24101-07700 33160-30	Carga Horária:	40h6min 30s
Instituição/Centro:	INSTITUTO JÚLIOCO PARA EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA E SAÚDE		
Endereço:	RUA JOSE HEMÍCERIO ANDRADE 850 01-B1 ANDAR	Bairro:	BURITIS
CEP:	30423100	Cidade:	BELO HORIZONTE
Local de Atuação:	LPA MARY DOTA	Estado:	MG
Endereço:	RUA PEDRO SALVADOR S/N QUAQUA 02	CEP:	NUC HAB M DOTA
CEP:	13320330	Cidade:	BAURO
Autorização:	162296	Data:	12/08/2023
		Lote:	403
		Estado:	SP
Identificação N°:	43162/20710-1959365	Belo Horizonte, 12 de agosto de 2023	

Soutra Braga de Freitas
SERGIO APARECIDO GLEBTO
COVEN-SP & CPT
Presidente

Este documento é digitalizado e assinado eletronicamente. Pode ser consultado no site da Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) ou no site da Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O documento é válido por 3 anos a partir da data de emissão. Caso seja necessário, pode ser apresentado original ou cópia autenticada. Consulte o site da Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) para mais informações.

✓ Certidão de Responsabilidade de Farmácia

Serviço Público Federal
Conselho Federal de Farmácia
 CERTIDÃO DE REGULARIDADE

Nº do protocolo: 60662
Data: 29/07/2025
UF: SP
CNPJ: 40137410000180
Nome do estabelecimento: UNID PRONTO ATENDIMENTO MARY DOTA
Endereço: R. PUDIM SALVADOR S/N, UNID PRONTO ATENDIMENTO MARY DOTA
Número: 0001
Bairro: Vila Bauru
Cidade: São Paulo
Estado: São Paulo
CEP: 00000-000
DDD: (11) 3232-2329
DDD: (11) 3232-2329
Responsável Técnico:
Dra. LUANA BONINI DA SILVA - FARMACÊUTICO - 115918
Horário de atendimento:
Rodin: (Seg - Ter - Qui - Sex) Das 07:00h às 19:00h (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)
Rodin: (Sáb) Das 07:00h às 19:00h (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)
Rodin: (Domingo) Das 09:00h às 12:00h (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)
Farmacêutico(s) Substituto(s):
Dra. EDILARA REGINA FRANCO MATEUSCO - FARMACÊUTICO - 45474
Horário de atendimento:
Rodin: (Ter - Qui - Sex) Das 10:00h às 17:00h (Intervalo Das 13:00h às 13:00h)
Rodin: (Sáb) Das 10:00h às 17:00h (Intervalo Das 01:00h às 04:00h)
Rodin: (Domingo) Das 10:00h às 17:00h (Intervalo Das 03:00h às 04:00h)
Dra. FONY MICHELE RASSOS PATRÍCIA - FARMACÊUTICO - 47423
Horário de atendimento:
Rodin: (Seg - Ter - Qui - Sex) Das 07:00h às 19:00h (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)
Rodin: (Sáb) Das 07:00h às 10:00h (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)
Rodin: (Domingo) Das 07:00h às 19:00h (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)
Dra. REGINA CECILIA DA SILVA - FARMACÊUTICO - 17514
Horário de atendimento:
Rodin: (Seg - Ter - Qui - Sex) Das 09:00h às 07:00h (Intervalo Das 10:00h às 09:00h)
Rodin: (Sáb) Das 19:00h às 07:00h (Intervalo Das 03:00h às 04:00h)
Rodin: (Domingo) Das 18:00h às 07:00h (Intervalo Das 03:00h às 04:00h)

Este certificado é válido para o período de 29/07/2025 a 26/08/2025. O seu uso é sujeito à aprovação das autoridades competentes e não pode ser utilizado para fins ilícitos ou fraudulentos. A sua utilização é sujeita ao cumprimento das leis e regulamentos de medicina e farmácia. O seu uso é sujeito ao cumprimento das leis e regulamentos de medicina e farmácia.

Este certificado é válido para o período de 29/07/2025 a 26/08/2025. O seu uso é sujeito à aprovação das autoridades competentes e não pode ser utilizado para fins ilícitos ou fraudulentos. A sua utilização é sujeita ao cumprimento das leis e regulamentos de medicina e farmácia. O seu uso é sujeito ao cumprimento das leis e regulamentos de medicina e farmácia.

A validade dessa certidão deve ser consultada no portal www.cfrsp.org.br.

SÃO PAULO, 29 DE JULHO DE 2025.


Assinatura: Dra. LARISSA MODESTO MIRANDA
CRM/SP nº 151249
Data: 29/07/2025

Carimbo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

✓ Certidão de Responsabilidade Médica



CERTIDÃO DE MANDATO DE DIRETORIA TÉCNICA

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO a pedido de pessoa interessada, que revendo os assentamentos do cadastro de pessoas jurídicas deste Conselho, deles verificou constar que o Dra. LARISSA MODESTO MIRANDA - CRM/SP nº 151249 figurou como DIRETOR(a) TÉCNICO(a) pelo estabelecimento denominado UNID DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA MARY DOTA, registrado sob nº 1009716, de 13/09/2024 até a presente data. Era o que se continha em ditos assentamentos, os quais vão aqui, bem e fielmente transcritos, e aos quais se reporta e da fé.

Certidão emitida gratuitamente em meio eletrônico em 29/07/2025 às

14:30:34

Válida até 27/09/2025

Código de protocolo: 156241

✓ Certidão de Responsabilidade de Odontologia



✓ Certidão de Responsabilidade de Radiologia



4.2.2 Promoter Score – NPS e Ouvidoria

Junto as ações de processo de Ouvidoria, realizamos o Promoter Score - NPS. Onde realizamos a busca ativa dos pacientes atendidos para realizar uma avaliação de 0 a 10 no atendimento. No mês de referência não obtivemos avaliação dos pacientes na pesquisa

Realizamos também ouvidoria com os QR Codes que estão pela unidade e entregamos aos mesmos quando solicitados na recepção, para que o mesmo coloque seus comentários de sugestões, melhorias, reclamações. **Anexo 5.**

INDICADOR	OBJETIVO	CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO
7	A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento da Unidade deslinda-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes, por meio dos questionários específicos, que serão aplicados mensalmente. O indicador de atuação consiste na demonstração da metodologia da pesquisa e a vinculação de seus resultados a ações de natureza corretiva. As manifestações no Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU serão registradas adequadamente e as demandas da Ouvidoria SUS serão recebidas pelos meios preconizados e serão encaminhadas à Unidade de Saúde para manifestação, com prazo para resposta. Em ambos os casos a Unidade tem como meta elaborar o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solução á-la e será encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado e será estabelecido plano de ação para melhorias, se for o caso, diante da demanda.	<p>Pontuação: entre 75% e 100%: EXCELENTE, META ALCANÇADA entre 50% e 74%: MUITO BOM, META ALCANÇADA entre 0% e 49%: RAZOÁVEL, META NÃO ALCANÇADA entre -100% e -1%: RUIM, META NÃO ALCANÇADA</p>
NPS – Experiência dos Pacientes – Satisfação dos usuários		
Fonte: Pesquisa de experiência do paciente	META: >50%	
	RESULTADO	0%
		PONTOS OBTIDOS
PRODUÇÃO		
FÓRMULA		SEMANA 1
		SEMANA 2
		SEMANA 3
		SEMANA 4
		SEMANA 5
		TOTAL
Nº de Promotores		0
Nº de Neutrinos		0
Nº de Detratores		0
Nº Total de respondentes		0
	#DIV/0!	#DIV/0!
JUSTIFICATIVA		

Neste mês não obtivemos nenhuma resposta de NPS

PLANO DE AÇÃO

Justificativa:

Acontece que essa busca nas avaliações não está ocorrendo dentro da unidade, aparecendo no indicador qualitativo zerado, pois esse processo não se deu continuidade, devido mudanças de funcionários e falta de rotinas implantadas. Sendo assim não tendo a possibilidade de mensurar, com isso iremos implantar novas estratégias dentro da unidade afim de otimizar esse levantamento que reflete em nosso atendimento, com intuito de buscar melhorias constantes.

Estas ações têm o objetivo de aprimorar a experiência dos pacientes, garantir uma jornada e experiência de alta qualidade e promover um ambiente de cuidado que atenda às expectativas e necessidades dos nossos usuários.

Ações de Melhorias:

- Realizar mudança na aplicação da avaliação aos pacientes após atendimento com a enfermagem na aplicação, afim de melhorar os resultados obtidos na unidade. (PRAZO 30 DIAS)
 - Entregar a ficha pelo porteiro no momento da alta do paciente; (PRAZO DE 30 DIAS)

4.2.3 Efetividade das Ações de Humanização do Atendimento

INDICADOR	OBJETIVO	CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO		
8	<p>Serão desenvolvidas ações previstas na Política Nacional de Humanização no SUS, isto como a instituição do protocolo de acolhimento e de classificação de risco, execução de 100% de adesão permanente com foco na humanização da atenção. O indicador de atingimento desse parâmetro é dado por meio da efetiva existência e implementação do protocolo de acolhimento e de classificação de risco, além da execução de ao mesmo uma ação educativa com foco na humanização da atenção a cada 04 (quatro) meses.</p> <p>Efetividade das ações de Humanização do atendimento</p>	<p>Pontuação: 0% a 99,9%: Meta Não alcançada ≥100%: Meta Alcançada 1 SIM: 25% 2 SIM: 50% 3 SIM: 75% 4 SIM: 100%</p>		
FONTE	META: 100%			ALCANÇADA
RESULTADO	100,0% PRODUÇÃO	PONTOS OBTIDOS		
FORMULA			REALIZADO: SIM / NÃO / PARCIAL	TOTAL
Item 1: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Implementado		SIM	<input checked="" type="radio"/>	100%
Item 2: Realização de capacitação em humanização para todos os profissionais da unidade, conforme cronograma quadrienal (setembro, janeiro, maio)		SIM	<input checked="" type="radio"/>	100%
Item 3: Processo de Ouvidoria (fluxo, formulário, canal telefônico, e-mail)		SIM	<input checked="" type="radio"/>	100%
JUSTIFICATIVA				
<p>Item 1: Acolhimento com Classificação de Risco: Realizado mudanças para melhorar acolhimento como monitor multiparâmetro e/ou um técnico na triagem para agilizar o atendimento em todos os pacientes que são admitidos na unidade, sempre quando necessário, onde o tempo excede mais de 20min de espera, abrimos a segunda triagem com enfermeiro.</p> <p>Item 2: PNH: Instituído como protocolo institucional, onde serão realizados treinamentos semestrais.</p> <p>Item 3: Ouvidoria: Implantar buscas mais efetivas para realização com os usuários, como entrega pela enfermagem após atendimento dos usuários nas aplicações e após as transferências para instituição de referência.</p>				
PLANO DE AÇÃO				
<ul style="list-style-type: none"> -Item 1 – Acolhimento com Classificação de Risco: Realizar revisão do protocolo de classificação de risco; (PRAZO 30 DIAS) -Agendar treinamento de capacitação e melhorias nas classificações dos enfermeiros, junto ao protocolo revisado; (PRAZO 60 DIAS) -Item 2 – PNH: Realizar treinamentos semestrais com agendamento. (PRAZO 90 DIAS) -Item 3 – Ouvidoria: Manter orientação quanto a realização de ouvidorias quando paciente sentir necessidade (PRAZO CONSTANTE) 				

Justificativa:

Item 1: Acolhimento com Classificação de Risco: Realizado mudanças para melhorar acolhimento como monitor multiparâmetro e/ou um técnico na triagem para agilizar o atendimento em todos os pacientes que são admitidos na unidade, sempre quando necessário, onde o tempo excede mais de 20min de espera, abrimos a segunda triagem com enfermeiro.

Item 2: PNH: Instituído como protocolo institucional, onde serão realizados treinamentos semestrais.

Item 3: Ouvidoria: Implantar buscas mais efetivas para realização com os usuários, como entrega pela enfermagem após atendimento dos usuários nas aplicações e após as transferências para instituição de referência

Ações de Melhorias:

- **Item 1 - Acolhimento com Classificação de Risco:** Realizar revisão do protocolo de classificação de risco; (PRAZO 30 DIAS)
- Agendar treinamento de capacitação e melhorias nas classificações dos enfermeiros, junto ao protocolo revisado; (PRAZO 60 DIAS)
- **Item 2 - PNH:** Realizar treinamentos semestrais com agendamento. (PRAZO 90 DIAS)
- **Item 3 - Ouvidoria:** Manter orientação quanto a realização de ouvidorias quando paciente sentir necessidade. (PRAZO CONSTANTE)

4.2.4 Comissões Obrigatórias e Apoio Assistencial (Anexo 1)

9	Percentual de Cumprimento do Planejamento de Comissões Obrigatórias e de Apoio Assistencial	Pontuação: 0% a 89%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada 1 SIM: 25% 2 SIM: 50% 3 SIM: 75% 4 SIM: 100%			
META: 100%	RESULTADO:	80,0%	PONTOS OBTIDOS		NÃO ALCANÇADA
PRODUÇÃO					
Fórmula	Ato Normativo Atualizado	Cronograma validado	Regimento Interno Implementado	Cumpri cronograma de reunião?	Ata e lista de presença de evidência
Comissão de Ética Médica	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Comissão de Ética da Enfermagem	NÃO SE APlica Nessa Unidade	NÃO SE APlica Nessa Unidade	NÃO SE APlica Nessa Unidade	NÃO SE APlica Nessa Unidade	NÃO SE APlica Nessa Unidade
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Comissão de Verificação de Óbitos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Comissão de Gerenciamento de Riscos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Comissão de Núcleo Interno de Segurança do Paciente	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Plano de Contingência para Atendimento de Múltiplas Vítimas	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Conselho Gestor da Unidade	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

Justificativas:

Comissão de Ética de Enfermagem: As comissões obrigatórias seguem sendo realizadas, conforme atas de reunião que ficam na unidade, porém a comissão de ética de enfermagem, não compete a essa unidade pois não atingimos a quantidade suficiente da equipe > 51 profissionais dessa categoria para formar junto ao órgão fiscalizador COFEN a comissão.

Plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas: deverá ser alinhado junto a gestoras da prefeitura para ser criado um documento que compete um plano eficaz nessa determinada situação.

Conselho Gestor da Unidade: Foi realizado as eleições pela prefeitura da unidade, no mês de julho e estamos aguardando os dados oficiais das eleições em diário oficial.

Ações de Melhorias:

- Realizar um protocolo de contingência para atendimento de múltiplas vítimas, alinhado com a prefeitura, pois a necessidade de suporte das outras unidades é fundamental para o bom desempenho em uma situação adversa. (PRAZO 60 DIAS)

- Aguardar a publicação em diário oficial os eleitos, e junto a gestão da prefeitura realizar as reuniões. (PRAZO DA PUBLICAÇÃO E REUNIÕES PELA PREFEITURA)

5. Serviços realizados dentro da unidade pelas terceirizadas, Departamento Pessoal e Recursos Humanos.

5.1 Engenharia Clínica

Segue **Anexo 2**, com os laudos de todas as manutenções corretivas e preventivas realizadas com equipamentos da unidade, foi realizado laudos de obsolescência de alguns equipamentos da unidade. O Raio-x antigo já retirado pela prefeitura e enviado laudos para setor de patrimônio, tenho equipamentos a ser enviados como 2 autoclaves menores.

5.2 Gerador

Segue **anexo 6**, laudo da manutenção preventiva do grupo gerador do mês de junho de 2025, fornecido pela empresa terceirizada.

Estamos aguardando uma manutenção corretiva prevista para acontecer do motor de arranque, onde estamos aguardando aprovação da compra da peça para solicitação da empresa em realizar esse reparo.

5.3 Ar Condicionado

Realizado aquisição de 18 novos aparelhos de ar condicionado, estamos alinhando junto a gestoras da prefeitura a instalação dos aparelhos. Como estamos em processo de reforma e revitalização da unidade, iremos aguardar a troca dos aparelhos para serem instalados após. Com isso iremos alinhar cronograma junto a prefeitura, solicitamos que os aparelhos permanecem em guarda da prefeitura pois não temos local de guarda na unidade.

5.4 Limpeza

Estamos em processo de troca da empresa que fornece serviços de limpeza externa da unidade, com isso estamos realizando alinhamento junto com a empresa Alerta a realização da manutenção diária. Aguardando resposta da filial São Paulo.

5.5 RH e DP

Segue **anexo 3**, encontra-se todas as escalas da unidade, que seguem critério rigoroso de cumprimento, sendo necessário justificativas aos recursos humanos em caso de ausências e trocas, no momento possuímos 1 técnico de enfermagem por afastamento de licença saúde e 1 enfermeiro por licença parental.

Segue **anexo 4**, onde possui informações pertinentes as contratações e desligamentos, porém estamos com quadro da equipe assistencial completo. Segundo dimensionamento adequado para enfermagem, como levantado e apresentado em reunião do DUUPA no dia 31/07/2025. Equipe médica e odontológica, segue as escalas, não tendo nenhum dia sem atendimento dentro da unidade.

4.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto completou sua primeira fase de 12 meses na UPA Mary Dota, tendo sido aditivado por mais 12 meses, o que nos permitiu avançar para uma nova etapa, voltada à plena execução dos fluxos, processos e protocolos previamente definidos. Esses elementos vêm sendo continuamente revisados e aperfeiçoados, com capacitações e treinamentos direcionados a toda a equipe da unidade, promovendo uma integração mais efetiva e qualificada.

Destacamos que o relacionamento construído com a Secretaria Municipal de Saúde, a Diretoria de Atenção às Urgências e Emergências, bem como com a gestora e fiscal do contrato, tem se mostrado um diferencial estratégico e um fator crítico para o sucesso desta parceria. A cooperação mútua, a comunicação transparente e o comprometimento das partes envolvidas foram essenciais para os avanços conquistados até aqui e continuarão sendo pilares fundamentais para a consolidação dos resultados esperados ao longo da nova fase do projeto.

Bauru, 06 de agosto de 2025



Gerente Administrativo
Fabiana Rocha Jorge

Fabiana Rocha Jorge
COREN/SP 265 701
Enfermeira RT



Telefone
31) 3295-5655

Email
institutional@avantesocial.org.br

Endereço
R. José Hermetério Andrade, 950 - Buritis, Belo Horizonte - MG