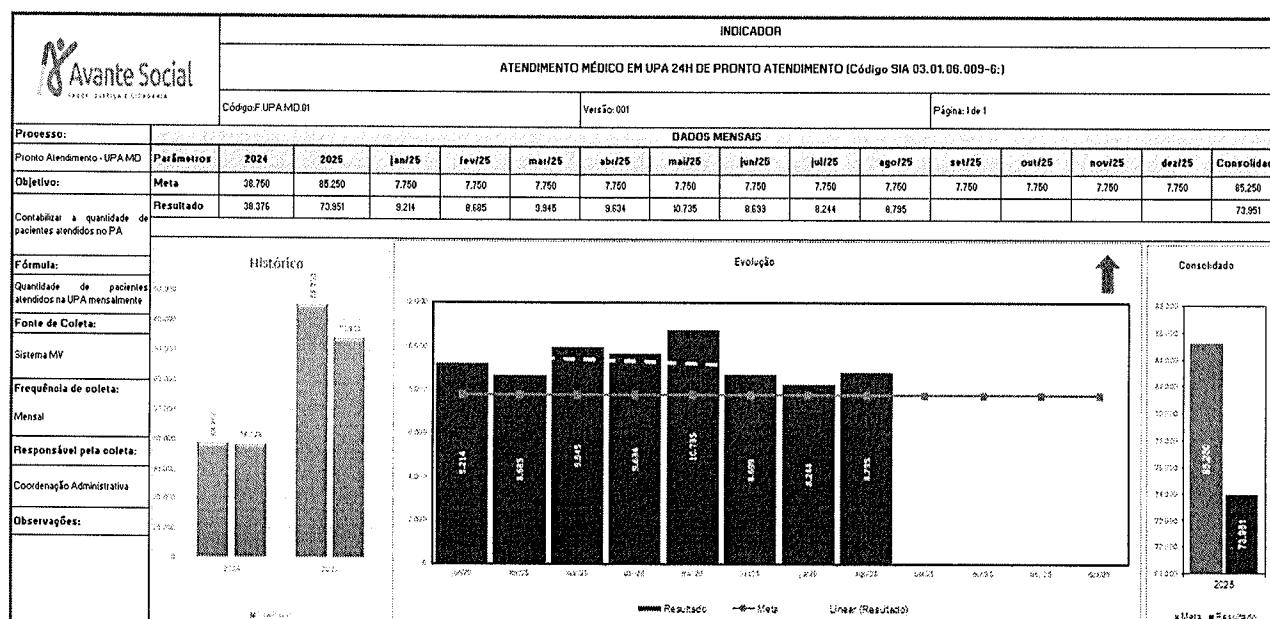


PRESTAÇÃO DE CONTAS REFERENTE A JULHO DE 2025

1. INDICADORES QUANTITATIVOS

Indicador: ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA 24H DE PRONTO ATENDIMENTO (Código SIA 03.01.06.009-6:)



Meta: 7.750 atendimentos / mês

Resultado: 8.795 atendimentos em julho/2025

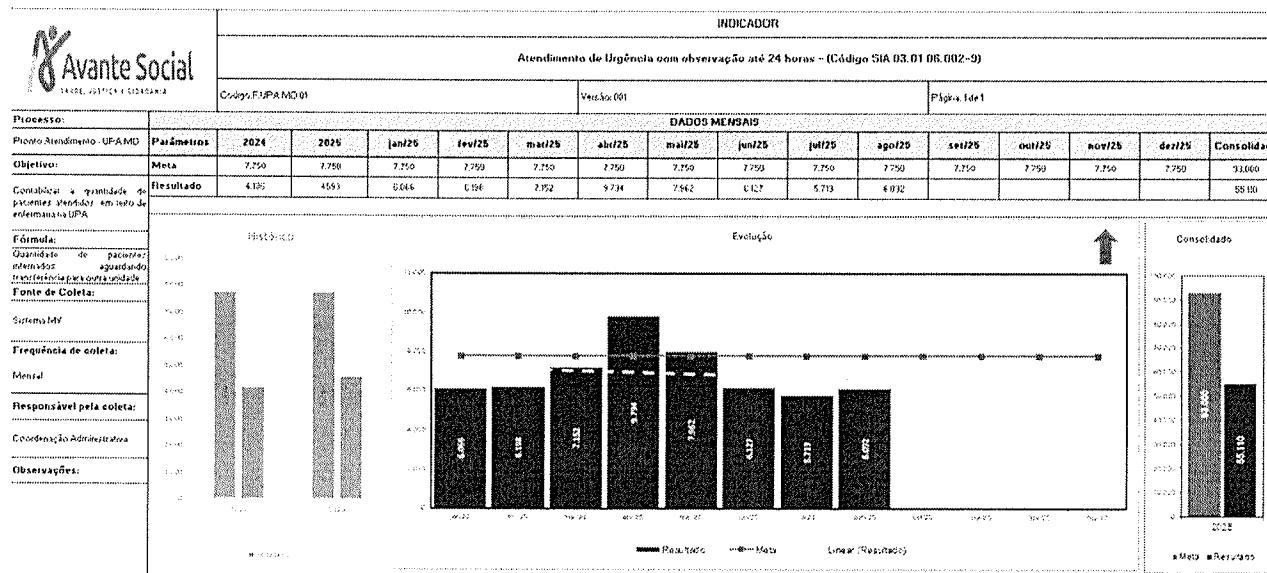
Análise Crítica do indicador: Nos últimos três meses, a UPA apresentou atendimento linear com volume superior a 8 mil pacientes/mês, o que demonstra capacidade instalada adequada e cumprimento da meta estabelecida. Entretanto, observa-se tendência de queda nesse indicador, o que acende alerta para os próximos meses. Possíveis causas da queda seriam fatores externos: sazonalidade de doenças respiratórias ou redução de surtos pode diminuir naturalmente a demanda.

UPA MARY DOTA
Melhorias a serem realizadas no mês de Setembro/2025:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Realizar pesquisa de satisfação, com intuito de análise do atendimento da unidade	30 DIAS	FABIANA R. JORGE
2. Realizar abertura de uma segunda triagem quando alto fluxo, para otimização de tempo	30 DIAS	MARINA DIAS FERREIRA
3. Revitalizar a unidade, com intuito de melhorar o fluxo e iniciar atendimento pediátrico	180 DIAS	GESTÃO AVANTE E FABIANA R. JORGE
4. 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.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE

Feedback das Ações Realizadas em Agosto/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO - JULHO
Melhorar o atendimento humanizado e acolhimento dos usuários	CONTINUO	FABIANA R. JORGE	CONCLUIDO
Revitalizar a unidade, com intuito de melhorar o fluxo e iniciar atendimento pediátrico	180 DIAS	GESTÃO AVANTE E FABIANA R. JORGE	EM PROCESSO

UPA MARY DOTA
**2. Indicador: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS
(Código SIA 03.01.06.002-9)**

Meta mensal: 7.750 atendimentos
Resultado obtido: 5.718

Análise Crítica do indicador: Nos últimos três meses, observou-se que os resultados ficaram abaixo da meta estabelecida no plano de trabalho. Apesar do desempenho inferior ao esperado, é importante ressaltar que tal cenário não reflete, necessariamente, falha na assistência prestada, mas sim a inadequação da meta frente à realidade do perfil assistencial da unidade.

Grande parte dos pacientes atendidos em caráter de urgência apresenta condições clínicas que permitem alta médica imediata após avaliação e tratamento inicial, sem necessidade de permanência em observação por até 24 horas. Dessa forma, a manutenção da meta atual pode induzir uma interpretação equivocada, sugerindo baixa efetividade do serviço, quando na verdade o indicador está condicionado ao perfil epidemiológico e à gravidade dos casos recebidos. Atualmente, a equipe multiprofissional atua de forma adequada, garantindo avaliação, estabilização e direcionamento dos pacientes conforme protocolos. Assim, entende-se que a meta previamente estabelecida necessita de revisão, de modo que seja mais condizente com a realidade da unidade e com os fluxos de atendimento pactuados.

Aguardamos reunião com a gestão da Prefeitura Municipal, com o objetivo de discutir a reformulação desse indicador, de forma a alinhar a meta às reais demandas da população atendida, sem comprometer a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

UPA MARY DOTA
Melhorias a serem realizadas no mês de Setembro/2025:

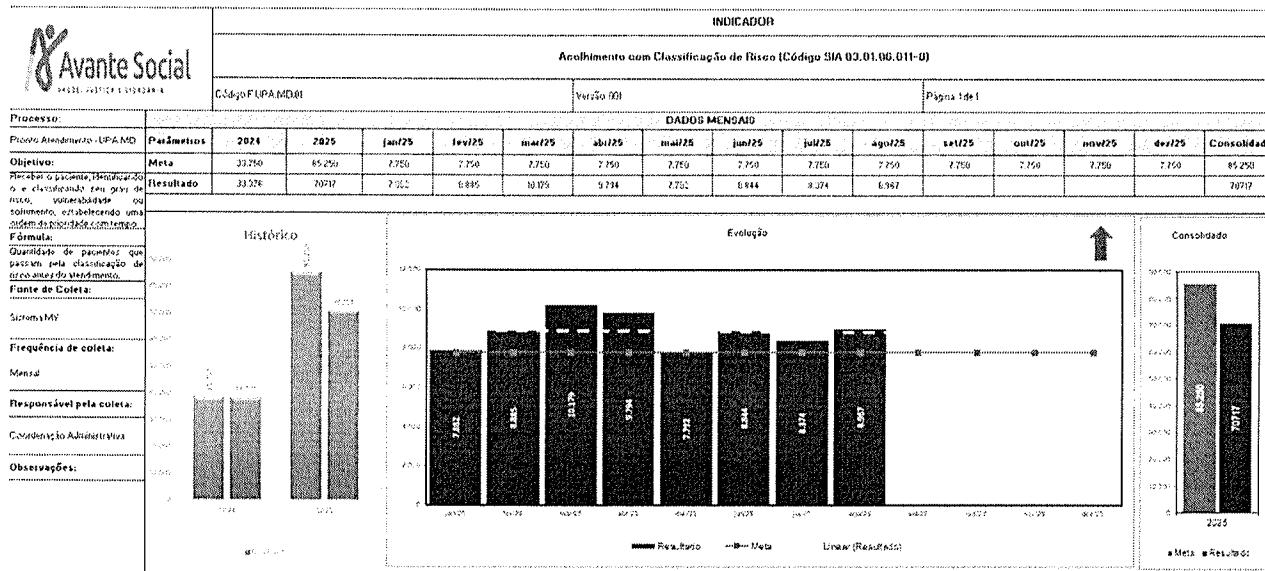
AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, pois nem todos os meus pacientes atendidos necessitam de observação de 24 horas.	90 DIAS	FABIANA ROCHA JORGE
2. Cobrar e supervisionar médicos e enfermeiros para alimentação do sistema Intranet, CROSS e planilha compartilhada com município a fim de agilizar a transferência dos pacientes da unidade para instituição de referência.	CONTINUO	FABIANA ROCHA JORGE

Feedback das Ações Realizadas em Agosto/2025

Ações realizadas no mês de Agosto, que foram realizadas e monitoradas durante o prazo estabelecido para realização, junto a unidade. Observa-se que no item 1. Foi prorrogado por mais 90 dias, aguardando posicionamento das gestoras para alinhamentos de metas.

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO - AGOSTO
1. 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.	30 DIAS	FABIANA R. JORGE	Prorrogar até nova proposta de plano de trabalho acordado junto a prefeitura
2. 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	IMEDIATO	FABIANA R. JORGE	Concluído. Porém cobrança permanente
3. Avaliar pacientes em observação pelo período de 24hrs e até sua transferência para unidade de referência.	IMEDIATO	FABIANA R. JORGE	Concluído
4. Aderir em mais de 95% das visitas multidisciplinares.	IMEDIATO	FABIANA R. JORGE	Concluído

3. Indicador: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (Código SIA 03.01.06.011-8)



Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 8.967 atendimentos

Análise Crítica do indicador: O indicador de Acolhimento com Classificação de Risco apresentou desempenho satisfatório, atingindo 100% dos pacientes classificados, demonstrando efetividade na organização do fluxo de atendimento. A estrutura atual, com a presença de um enfermeiro responsável pela classificação de risco e o suporte de um técnico de enfermagem para a verificação dos sinais vitais, tem contribuído para maior agilidade no processo e redução do tempo de espera.

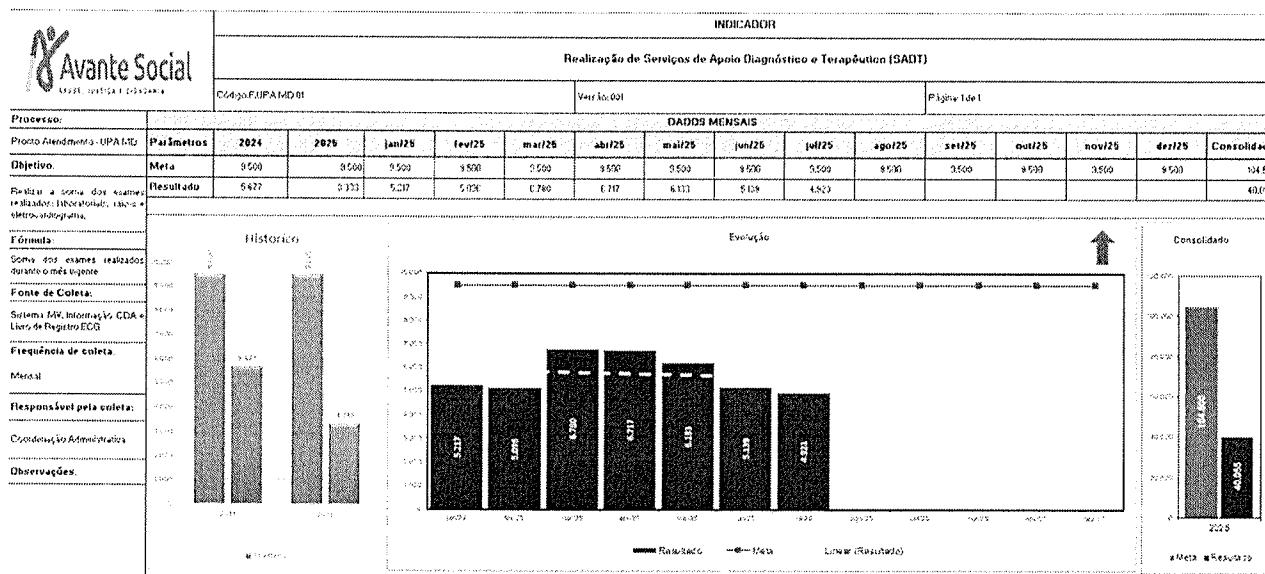
Esse modelo de trabalho favorece a triagem adequada de todos os pacientes, permitindo que os atendimentos médicos sejam realizados de forma organizada, além de possibilitar que a equipe de enfermagem amplie a assistência a pacientes que necessitam de procedimentos, como administração de medicamentos injetáveis, o que resulta em números de atendimentos mensais superiores aos registros exclusivamente médicos.

UPA MARY DOTA
Ações de Melhorias:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Treinar todos os enfermeiros da unidade para melhorar o tempo de classificação do paciente	30 DIAS	FABIANA R. JORGE
2. Melhorar a classificação do paciente conforme protocolo instituído pela avante, juntamente com o utilizado pela prefeitura, baseado no protocolo de manchester.0	30 DIAS	FABIANA R. JORGE
3. Realizar a triagem do paciente em tempo de espera menor que 15min após abertura da ficha	60 DIAS	FABIANA R. JORGE

Feedback das Ações Realizadas em Agosto/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO - JULHO
1. Manter a realização de classificação de 100% dos pacientes atendidos na unidade.	CONTINUA	FABIANA R. JORGE	CONCLUIDO
2. Realizar a triagem do paciente em tempo de espera menor que 15min após abertura da ficha	90 DIAS	FABIANA R. JORGE	EM ANDAMENTO
3. Realizar revisão do protocolo de classificação de risco,	30 DIAS	MARIANA DIAS FERREIRA	EM ANDAMENTO
4. Treinar todos os enfermeiros da unidade para melhorar o tempo de classificação do paciente	60 DIAS	FABIANA R. JORGE	AGUARDANDO PROTOCOLO
5. Melhorar a classificação do paciente conforme protocolo instituído pela avante, juntamente com o utilizado pela prefeitura, baseado no protocolo de manchester.0	60 DIAS	FABIANA R. JORGE	AGUARDANDO PROTOCOLO

UPA MARY DOTA
4. Indicador: Realização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)


Meta mensal: 9.500 exames (Soma de Laboratoriais, Raio-x e ECG)

Resultado obtido: 4.923 total realizados no mês

Análise Crítica do indicador: Laboratório: No período analisado, registrou a realização de 4.158 exames de análises clínicas em 884 pacientes, o que corresponde a 11% dos pacientes atendidos na unidade. Observa-se uma média de 4 a 5 exames por paciente, indicador que demonstra coerência com a necessidade diagnóstica, sem indícios de excesso de solicitações.

RX: Foram realizados 224 exames de imagem, número considerado bem abaixo do esperado. O baixo volume está diretamente relacionado ao fato de a unidade estar operando apenas com o aparelho portátil, que possui capacidade limitada a 15 exames diários. Dessa forma, pacientes com menor complexidade vêm sendo encaminhados à UPA Geisel, garantindo continuidade do atendimento, porém sem repasse formal das guias de SADT, o que ocasiona defasagem nos dados consolidados da unidade. Ressalta-se que já existe previsão de instalação do novo equipamento em 08/09/2025, o que deverá restabelecer a produtividade esperada.

ECG: Foram realizados 127 eletrocardiogramas. Identificou-se, entretanto, inconsistência entre os registros realizados pela enfermagem em caderno manual e as solicitações lançadas no sistema MV pelos médicos, resultando em defasagem dos dados oficiais. Essa situação reforça a necessidade de padronização no processo de registro e melhor integração entre equipe médica e de enfermagem para garantir fidedignidade das informações.

O desempenho do Laboratório mostra-se satisfatório, enquanto o RX permanece comprometido por fator estrutural (aguardando instalação do novo aparelho), com previsão de normalização em curto prazo. O ECG apresenta falha de processo de registro, que pode ser corrigida com

UPA MARY DOTA

alinhamento entre setores e uso exclusivo do sistema MV. Observa-se uma tendência de queda, com necessidade de análise de metas mais tangíveis.

Ações de Melhorias:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Realizar registro no caderno pela enfermagem de todos os exames realizados	30 DIAS	MARINA DIAS FERREIRA
Instalar novo aparelho após a reforma pela prefeitura com agendamento prévio junto a infraestrutura Claudemir.	30 DIAS	FABIANA R. JORGE
Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, para uma meta tangível.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE / GESTORAS PREFEITURA

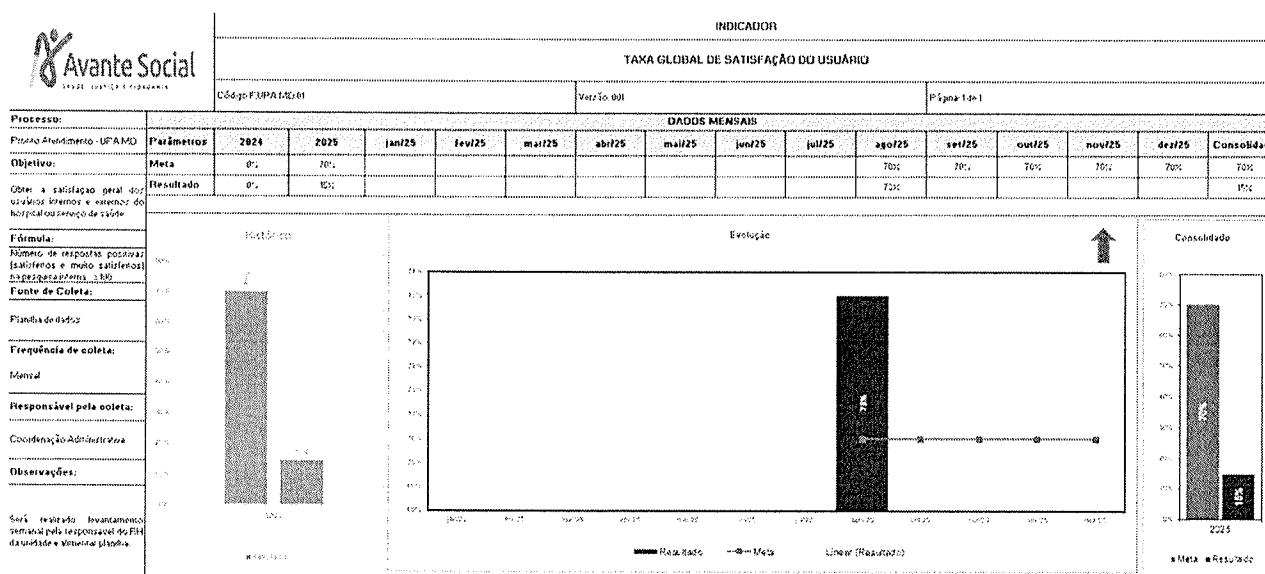
Feedback das Ações Realizadas em Agosto/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO - JULHO
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	90 DIAS	ANGELA CRISTINA CORREIA / FABIANA R. JORGE	EM ANDAMENTO
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;	90 DIAS	FABIANA R. JORGE	EM ANDAMENTO
Avaliar pacientes pela enfermagem e médico, no caso dos pacientes que saem da porta quando a sua estabilização	90 DIAS	MARINA DIAS FERREIRA	EM ANDAMENTO
Instalar novo aparelho após a reforma pela prefeitura com agendamento prévio junto a infraestrutura Claudemir.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE	AGUARDANDO
Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, para uma meta tangível.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE / GESTORAS PREFEITURA	PRORROGAR ATÉ NOVA PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO ACORDADO JUNTO A PREFEITURA

UPA MARY DOTA

Melhorar junto a equipe médica a solicitação dos exames no sistema MV de todos os pacientes que se realiza eletrocardiograma	30 DIAS	LARISSA MODESTO / FABIANA R. JORGE	CONCLUIDO
--	---------	------------------------------------	-----------

5. Indicador: TAXA GLOBAL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO



Meta mensal: 70% de satisfação

Resultado obtido: 73%

Análise Crítica do indicador: No dia 20/08/2025 foi iniciada a aplicação da pesquisa de satisfação junto aos usuários da unidade, com o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento prestado em diferentes setores. Os dados preliminares apontam que 60% do público atendido é composto por mulheres, com predominância da faixa etária acima de 60 anos, o que demonstra um perfil de usuários com maior demanda assistencial e necessidade de cuidados contínuos. Em relação aos serviços avaliados, obteve-se os seguintes índices de satisfação:

- **Recepção: 82%**
- **Classificação de risco/acolhimento: 80%**
- **Atendimento médico: 76%**
- **Enfermagem: 75%**
- **Recomendação da unidade: acima de 90%**

Observa-se que os resultados iniciais estão acima da meta provisória estabelecida, indicando tendência positiva de desempenho, especialmente no acolhimento e no fluxo de recepção, setores

UPA MARY DOTA

que se destacaram com índices superiores a 80%. O elevado percentual de recomendação demonstra confiança da população na unidade, reforçando a credibilidade institucional.

Entretanto, é importante destacar que os menores índices foram observados no atendimento médico (76%) e na enfermagem (75%), áreas essenciais na linha de cuidado do paciente. Embora acima da meta, esses percentuais sinalizam oportunidade de melhoria na comunicação, humanização do atendimento e resolutividade clínica.

Considerando que a pesquisa será consolidada após três meses, o monitoramento contínuo é essencial para confirmar a manutenção da tendência positiva e identificar ações específicas de intervenção. Recomenda-se também a análise qualitativa das respostas, a fim de compreender os fatores que influenciam a percepção do usuário, garantindo que os ajustes realizados estejam alinhados às expectativas da população atendida.

Em síntese, os resultados preliminares são satisfatórios, reforçam o compromisso da unidade com a qualidade do atendimento e indicam perspectiva de evolução positiva, desde que acompanhados por ações estratégicas de aprimoramento nos pontos identificados como mais frágeis.

Ações de Melhorias:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Realizar avaliação continua dos usuários, orientando a realização e sua importância	30 DIAS	RT MARINA DIAS FERREIRA
Realizar no mínimo 10% do total de usuários / mês	30 DIAS	FABIANA R. JORGE
Realizar recolhimento e levantamento de dados por semana	30 DIAS	ROSANGELA FERREIRA

6. INDICADORES QUALITATIVOS

6.1 Indicador qualitativo: Conformidade no processo de Informação aos usuários

INDICADOR	OBJETIVO	CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO					
1	<p>O Objetivo da Prática Atendida é ter comunicação entre os usuários e a instituição, garantindo a eficiência, correta execução da Atenção à Saúde, de forma que o usuário seja informado sobre a sua realidade e implantação de rotina relativa ao atendimento ao usuário, tanto financeiramente como de fato.</p> <p>Conformidade no processo de informação aos usuários.</p>	<p>Pontuação: 0% a 85%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada</p>					
FONTE:	META: 90% RESULTADO: 100,0%	100,0%	PONTOS OBTIDOS	ALCANÇADA			
FÓRMULA		REALIZADO: SIM / NÃO / PARCIAL					
ITEM 1: Quadro de informações implantado e atualizado na recepção da UPA (Certidões de Responsabilidade Técnica do leitor, profissional, escala de atendimento médico do plantão, Cartaz de Parques e de Satisfaz, Cartaz de informações sobre o SAUDUnidosta).		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. (CONCLUIDO) Item 2: Providenciar Banner de sensibilização de classificação de risco com tempo estipulado de espera para cada tipo de classificação. (PRAZO DE 60 DIAS, REALIZAR CONFECÇÃO) 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, AGUARDANDO CONFECCÃO).
- **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:

Temos um espaço na recepção próprio para colocar os documentos das responsabilidades técnicas, todas atualizadas, para visualização de todos os usuários e fiscalizadores.



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.

UPA MARY DOTA

✓ Certidão de Responsabilidade de Enfermagem

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT
(Resolução COFEN n° 727 de 27 de setembro de 2023)

Validade: De 12/09/2025 a 12/09/2026

O COFEN-GP Autentica o presente documento, reconhecendo como Responsável Técnico para Gestão Assistencial na Unidade de Saúde Especializada:

Nome do Enfermeiro: **DRA MARINA DIAS FERREIRA** COREN SP n°: **69929**
Horário: **21 a 04 - 07h30 às 10h30** Carga Horária: **40h/6mês/sem**

Instituição Contratante: **INSTITUTO JURÍDICO PARA EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA E SAÚDE**

Endereço: **RUA JOSE HEMETERIO ANDRADE 850 (5º E 6º ANDAR)** Bairro: **BUTANTIS**
CEP: **04093160** Cidade: **BELO HORIZONTE** Estado: **MG**

Lugar de Atuação: **UPA MARY DOTA**

Endereço: **RUA PEDRO SALVADOR 511 QUADRA 02** Bairro: **NUC MARY DOTA**
CEP: **17026350** Cidade: **BAURU** Estado: **SP**

Anotação: **16226** Data: **12/08/2025** Livro: **403** Página: **51**
Identificação N°: **1510229710166305** São Paulo: 12 de agosto de 2025

[Assinatura]
SÉRGIO ANTONIO CETO
CONSELHEIRO
Presidente

Este documento é válido para fins contratuais e administrativos. É de responsabilidade da Enfermeira mencionada. O seu uso para fins eleitorais, políticos ou partidários é vedado. Caso seja usado para fins eleitorais, políticos ou partidários, o Conselho Federal de Enfermagem poderá impor multa e suspender temporariamente a validade do certificado.

✓ Certidão de Responsabilidade de Farmácia

Serviço Público Federal
Conselho Federal de Farmácia 

CERTIDÃO DE REGULARIDADE

Nome do Estabelecimento	CPF	INSC
MUNICÍPIO UPA MARY DOTA		60362
Estado/Faixa:		48137410000160
MUNICÍPIO		
MUNICÍPIO		
R. PEDRO SALVADOR 511 QUADRA 02 NÚCLEO I UNI MARY IX/TA		
UF:		
BAURU - SP		
Nome do Administrador:		
RODRIGO CLAUDIO BILALAT'S MUNEST		
Horário de funcionamento e intervalos:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 08:00h às 23:00		
Rotina: (Sáb) Das 08:00h às 23:00		
Rotina: (Dom) Das 08:00h às 23:00		
Responsável Técnico		
Dra LUNA BONHIM DA SILVA	FARMACÊUTICO	11064
Horário de atendimento:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 08:00h às 19:00	Intervalo Das 12:00h às 13:00h	
Rotina: (Sáb) Das 08:00h às 19:00	Intervalo Das 12:00h às 13:00h	
Rotina: (Dom) Das 08:00h às 19:00	Intervalo Das 12:00h às 13:00h	
Farmacêutico(s) Substituto(s)		
Dra EDNA RAYNA FRANCO JAFERINO	FARMACÊUTICO	48474
Horário de atendimento:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 10:00h às 07:00	Intervalo Das 03:00h às 04:00h	
Rotina: (Sáb) Das 10:00h às 07:00	Intervalo Das 03:00h às 04:00h	
Rotina: (Dom) Das 10:00h às 07:00	Intervalo Das 03:00h às 04:00h	
Dra FERNANDA MOURA PEREIRA	FARMACÊUTICO	47473
Horário de atendimento:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 08:00h às 10:00	Intervalo Das 12:00h às 13:00h	
Rotina: (Sáb) Das 08:00h às 19:00	Intervalo Das 12:00h às 13:00h	
Rotina: (Dom) Das 08:00h às 19:00	Intervalo Das 12:00h às 13:00h	
Dra REGINA CELADA SENA	FARMACÊUTICO	17064
Horário de atendimento:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 10:00h às 07:00	Intervalo Das 03:00h às 04:00h	
Rotina: (Sáb) Das 10:00h às 07:00	Intervalo Das 03:00h às 04:00h	
Rotina: (Dom) Das 10:00h às 07:00	Intervalo Das 03:00h às 04:00h	

ESTAMOS AUTORIZADOS A VENDER MEDICAMENTOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAL DE HIGIENE PESSOAL. Confirmando que o estabelecimento aí mencionado não é dispensado da exigência de licença de farmácia, exceto se estiverem em vigor leis, normas e regulamentos que autorizem a sua operação. O Conselho Federal de Farmácia (CFF) é o órgão que fiscaliza a atividade profissional de farmacêuticos no Brasil. As normas e regulamentos que disciplinam a profissão são elaborados e aprovados pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF).

Esta certidão foi expedida em 3 DE JULHO DE 2025.

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

SÃO PAULO, 3 DE JULHO DE 2025.

[Assinatura]
Assessora de Informações do CFF
Dr. Mauricio Freitas da Costa
CNPJ: 001-91-1891

✓ **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**



UPA MARY DOTA

✓ Certidão de Responsabilidade de Radiologia



UPA MARY DOTA
Indicador qualitativo: Efetividade das Ações de Humanização do Atendimento

INDICADOR	OBJETIVO	PERÍODO DE REFERÊNCIA	CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO
2	Definir desempenho e ações presentes na Políticas Faseadas de Humanização no SUS, tais como a instituição de protocolo de atendimento com classificação de risco, execução da ação e educação permanente com foco na humanização do atendimento. O indicador de referência desse perímetro é dado por meio da efetiva execução e implementação do protocolo de atendimento e de classificação de risco, além da execução da mesma ação educativa com foco na humanização do atendimento e cada 04 fatores em seu.		Pontuação: 0% a 59,3%: Meta não alcançada >100%: Meta Alcançada 1 SIM: 25%; 2 SIM: 50%; 3 SIM: 75%; 4 SIM: 100%
FONTE	Efetividade das ações de Humanização do atendimento	META: 100%	
	RESULTADO	100,0%	PONTOS OBTIDOS
		PRODUÇÃO	ALCANÇADA
	FÓRMULA	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 (até setembro, jan, mar)	SIM	<input checked="" type="radio"/> 100%
	Item 3: Processo de Ouvidoria (lince, formulário, canal telefônico, e-mail)	SIM	<input checked="" type="radio"/> 100%
	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.		
	PLANO DE AÇÃO		
	• 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 60 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)

UPA MARY DOTA
Indicador qualitativo: Comissões Obrigatórias e Apoio Assistencial (Anexo 1)

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.

Percentual de Cumprimento do Planejamento de Comissões Obrigatórias e de Apoio Assistencial		Pontuação: 0% a 69%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada				
3	META: 100%	RESULTADO:	80,0%	PONTOS OBTIDOS		
PRODUÇÃO						
Fórmula	Ato Normativo Atualizado	Cronograma validado	Regimento Interno Implementado	Cumpri cronograma de reunião?	Ata e lista de presença de evidência	Resultado
Comissão de Ética Médica	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de Ética de 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	NÃO SE APlica Nessa Unidade
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de Verificação de Óbitos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de Gerenciamento de Piscas	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de PGSS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de Núcleo Interno de Segurança do Paciente	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Plano de Contingência para Atendimento de Múltiplas Vítimas	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	0%
Conselho Gestor da Unidade	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	25%

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)

UPA MARY DOTA

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

Ouvidoria (Anexo 2)

Análise Crítica – Ouvidoria da Unidade

Durante o período analisado, foram registradas **17 manifestações físicas de ouvidoria** na unidade, distribuídas em:

- **2 denúncias,**
- **8 elogios,**
- **7 reclamações.**

Além disso, foram registradas **2 reclamações no canal da Prefeitura (E-DOC)**, devidamente respondidas dentro do prazo regulamentar.

Observa-se que a **ouvidoria é utilizada de forma diversificada pelos usuários**, contemplando desde denúncias até manifestações positivas de reconhecimento do trabalho da equipe. Isso reforça a importância do canal como instrumento de participação social e de melhoria contínua da qualidade do serviço prestado.

No caso das **denúncias**, todas foram apuradas, e quando o usuário se identificou, houve devolutiva no prazo máximo de 30 dias, demonstrando comprometimento com a transparência e seriedade no tratamento das situações.

Em relação às **reclamações**, foi realizada apuração de fatos e construção de planos de ação, garantindo que as manifestações dos usuários resultem em **melhorias contínuas nos processos internos**.

Os **elogios recebidos** foram encaminhados aos colaboradores envolvidos ou divulgados nos grupos gerais, promovendo reconhecimento institucional e fortalecendo a motivação da equipe. Essa prática é positiva, pois valoriza o empenho dos profissionais e incentiva a manutenção de boas práticas.

Pontos fortes identificados:

- Cumprimento dos prazos para devolutiva das manifestações.
- Existência de fluxo claro para tratamento de denúncias, reclamações e elogios.
- Utilização da ouvidoria como ferramenta de reconhecimento e valorização da equipe.
- Resposta adequada às demandas externas (E-DOC).

Ações de melhorias:

- Ampliar a divulgação dos canais de ouvidoria para garantir maior participação da comunidade. (PRAZO DE 30 DIAS)

UPA MARY DOTA

- Implantar relatórios periódicos de análise de indicadores da ouvidoria, permitindo monitorar evolução de reclamações, elogios e denúncias ao longo do tempo. (PRAZO CONTINUO)
- Promover campanhas educativas junto aos usuários para orientar sobre o correto uso da ouvidoria, diferenciando claramente reclamações, denúncias, sugestões e elogios. (PRAZO 90 DIAS)

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

7.1 Engenharia Clínica

Segue **Anexo 3**, 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. Encaminhado para conserto 2 autoclaves patrimônios 98.322 e 101.348, para recuperação, pois no momento possuímos apenas 1 autoclave, encaminhado também um aspirador portátil da marca nevoni para recuperação patrimônio 159667.

7.2 Gerador

Segue **anexo 4**, laudo da manutenção preventiva do grupo gerador do mês de agosto de 2025, fornecido pela empresa terceirizada.

Realizado manutenção corretiva do motor de arranque, conforme laudo equipamento encontra-se apto ao funcionamento.

7.3 Refrigeradores

Foi realizada a **aquisição de 18 novos aparelhos de ar-condicionado**, com alinhamento junto às gestoras da Prefeitura para instalação. O processo está integrado ao projeto de **reforma e revitalização da unidade**, que se encontra em andamento e sem previsão de término.

No dia **04/09/2025**, foram entregues **6 aparelhos** destinados à substituição dos que estavam inoperantes. Neste momento, a prioridade definida é absorver a demanda das **áreas assistenciais**, contemplando:

- Consultórios médicos,
- Farmácia,
- Enfermarias.

UPA MARY DOTA

Essa priorização se deve ao fato de que parte da unidade ainda está em obras, impossibilitando a instalação imediata em todos os setores.

O planejamento prevê que, até o verão, os usuários e colaboradores contem com **ambiente climatizado e adequado**, promovendo **maior conforto e qualidade no atendimento**, além de melhores condições de trabalho para a equipe.

Pontos positivos identificados:

- Reforço da infraestrutura da unidade com novos equipamentos.
- Priorização das áreas assistenciais mais críticas, garantindo impacto direto no atendimento ao usuário.
- Planejamento antecipado para o período de maior demanda climática (verão).

7.4 Limpeza (Anexo 5)

A empresa alerta absorveu a limpeza externa da unidade, sendo assim, contemplamos com a empresa toda a limpeza da unidade de saúde.

7.5 RH e DP (Anexo 6 e 7)

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 com as informações pertinentes as contratações e desligamentos, porém estamos com quadro da equipe assistencial completo. Seguindo dimensionamento adequado em todos os setores. Equipe médica e odontológica, segue as escalas, não tendo nenhum dia sem atendimento dentro da unidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos encontramos numa fase de organização estrutural da unidade, sendo apresentado a vocês organograma, onde definimos lideranças, dentro das áreas.

Estamos em fase de implantação de protocolos de segurança do paciente como de medicação junto a farmácia, identificação dos pacientes e classificação de risco, com intuito de mitigar riscos e fornecer sempre atendimento com segurança aos pacientes dessa unidade.



UPA MARY DOTA

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, 05 de setembro de 2025



Fabiana Rocha Jorge
Coordenadora da Unidade
UPA Mary Dota

Gerente Administrativo
Fabiana Rocha Jorge