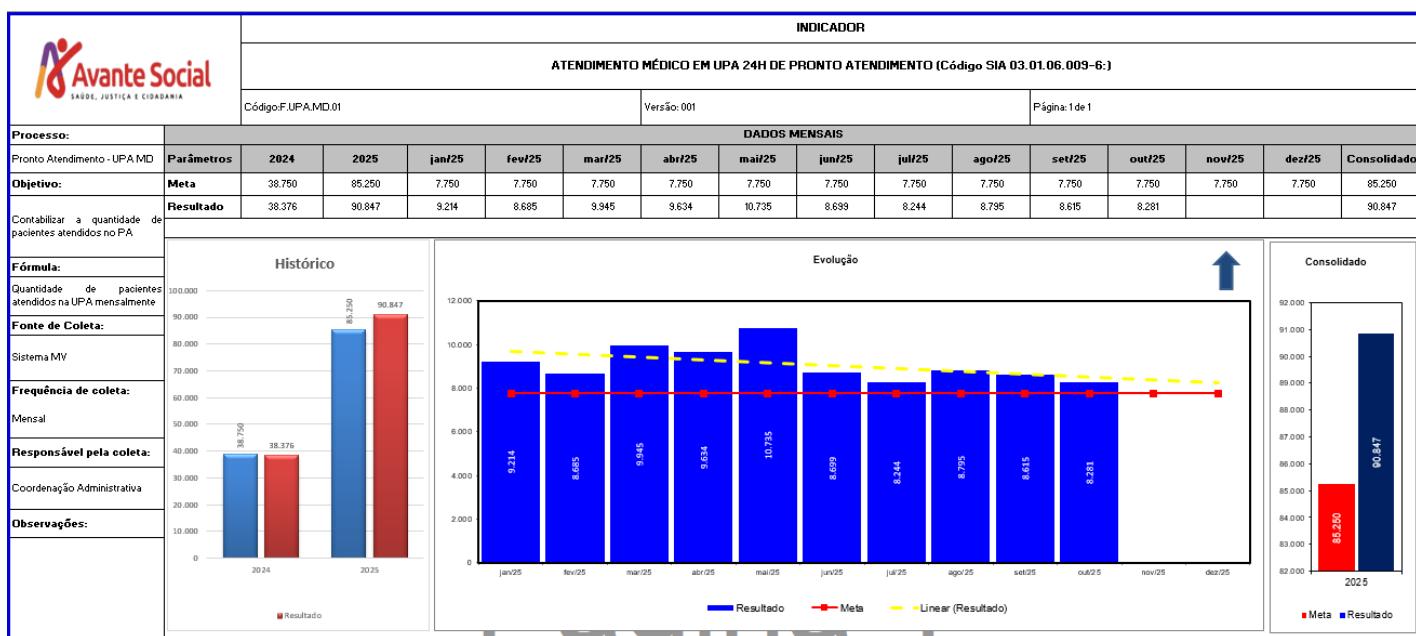


PRESTAÇÃO DE CONTAS

REFERENTE A OUTUBRO 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: 8.281 atendimentos no mês referente

Análise Crítica do indicador: Observa-se que, embora a meta venha sendo atingida nos últimos meses, há uma tendência de queda discreta, o que merece atenção.

No comparativo entre os meses de setembro e outubro, houve uma redução de aproximadamente 4% no número de atendimentos médicos realizados, o que pode sinalizar um início de declínio na demanda ou possíveis fatores internos que impactam o fluxo assistencial.

Outro ponto relevante é a composição do total de atendimentos, que inclui tanto os atendimentos médicos clínicos (7.493) quanto os odontológicos (788). Essa distinção evidencia que o número de atendimentos médicos isoladamente ficou abaixo da meta, o que reforça a necessidade de medidas estratégicas para restabelecer o volume esperado de atendimentos.

Entre os fatores que podem estar contribuindo para essa variação, destacam-se:

- Redução na procura espontânea da população;
- Possíveis tempos de espera elevados, impactando a rotatividade do atendimento;
- Mudanças na demanda dos serviços de atenção básica, que podem ter absorvido parte dos atendimentos de baixa complexidade.

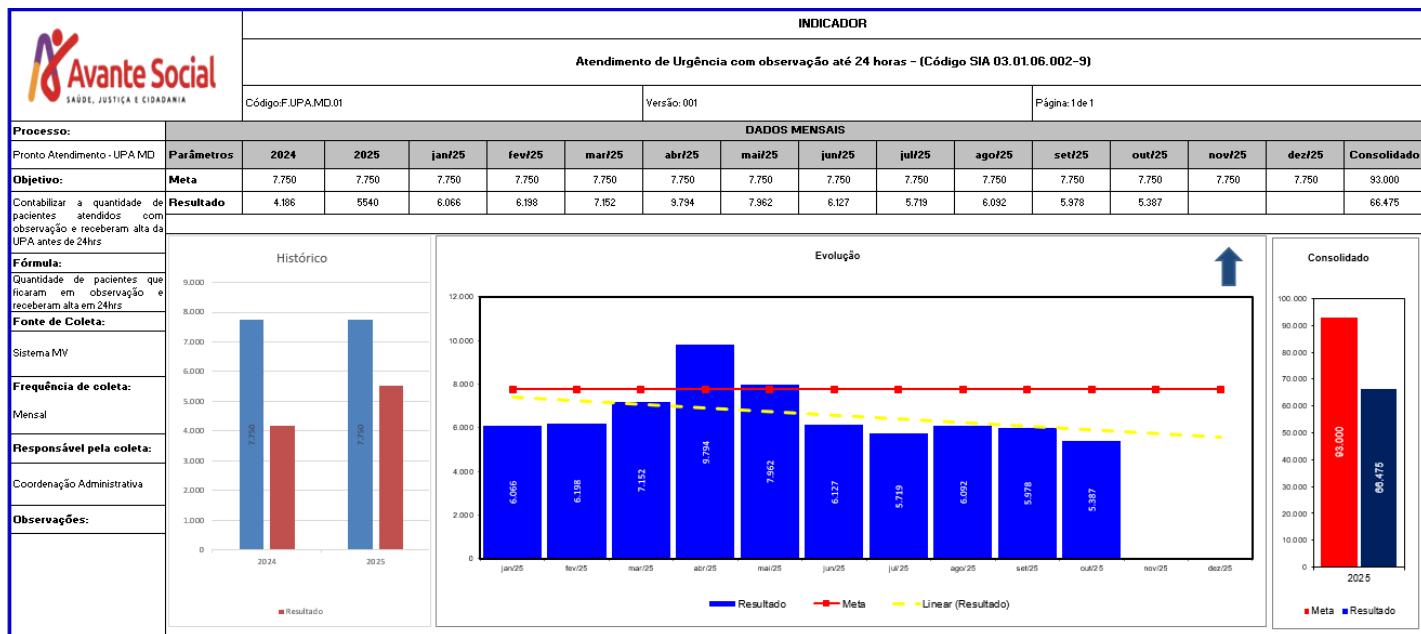
Melhorias a serem realizadas no mês de Novembro/2025:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Monitorar separadamente atendimentos médicos e odontológicos	30 DIAS	Coordenadora Administrativa
2. Implementar ações de melhoria no fluxo de triagem e atendimento	60 DIAS	Coordenação de Enfermagem e Médica
3. Revitalizar a unidade, com intuito de melhorar o fluxo e iniciar atendimento pediátrico	180 DIAS	GESTÃO AVANTE E FABIANA R. JORGE

Feedback das Ações Realizadas em Outubro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Revitalizar a unidade, com intuito de melhorar o fluxo e iniciar atendimento pediátrico	180 DIAS	GESTÃO AVANTE E FABIANA R. JORGE	Em andamento
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	Realizado agendamento para dia 11/11 às 9:30 para análise das metas dos indicadores

Indicador: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS (Código SIA 03.01.06.002-9)



Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 5.387 pacientes

Análise Crítica do indicador: Observa-se que o indicador apresenta variação significativa ao longo dos meses, com melhor desempenho no mês de abril/25, quando atingiu 9.734 atendimentos, superando a meta em aproximadamente 26%. Entretanto, a partir de junho/25, inicia-se uma tendência de queda contínua, com valores abaixo da meta mensal.

Os últimos meses — julho a outubro/25 — evidenciam resultados decrescentes, chegando a 5.387 atendimentos em outubro, representando uma redução de cerca de 30% em relação à meta mensal.

A linha de tendência demonstra trajetória descendente, indicando que, caso o cenário não seja revertido, a meta anual não será atingida, revelando um déficit de 26% no desempenho total do período.

Melhorias a serem realizadas no mês de Novembro/2025:

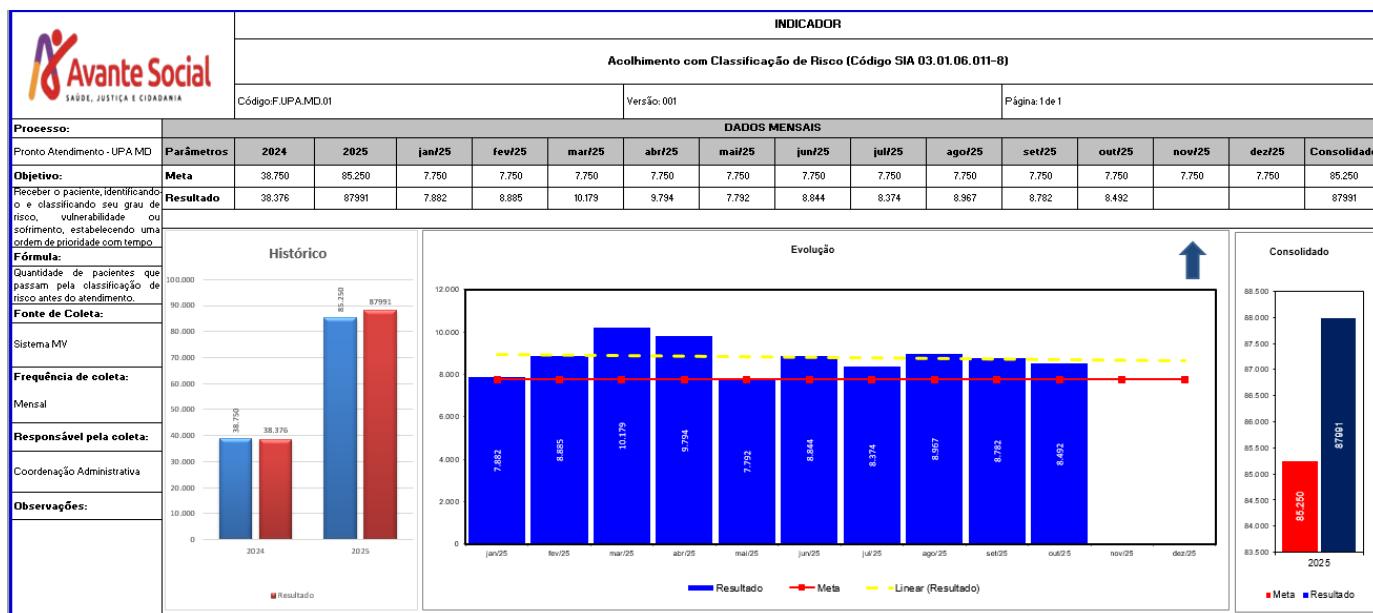
AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Cobrar e supervisionar médicos e enfermeiros para alimentação do sistema Intranet, CROSS e planilha compartilhada com município a fim de agilizar a transferência dos pacientes da unidade para instituição de referência.	CONTINUO	FABIANA ROCHA JORGE

2. 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
--	---------	---------------------

Feedback das Ações Realizadas em Outubro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
1. 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	SENDO REALIZADO
2. 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	Realizado agendamento para dia 11/11 às 9:30 para análise das metas dos indicadores

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



Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 8.492 classificados no mês referente

Análise Crítica do indicador: O indicador 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. O excedente de 9% no valor da meta, refere ao atendimento realizado pela enfermagem, como aferição de sinais vitais, glicemia capilar, orientação entre outros que não tem necessidade de passar com os médicos.

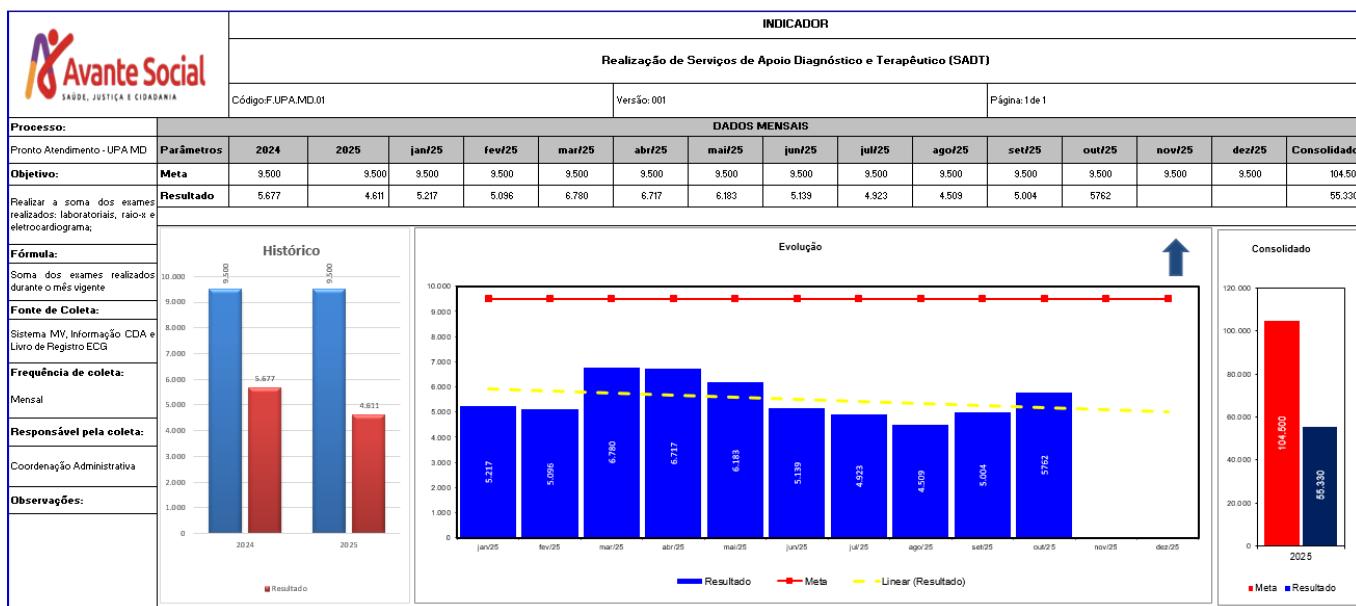
Melhorias a serem realizadas no mês de Novembro/2025:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. 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 Outubro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
1. Avaliar implantação do treinamento de classificação de risco e sua eficiência na atuação do dia a dia	30 DIAS	MARINA FERREIRA	CONCLUIDO
2. Realizar a triagem do paciente em tempo de espera menor que 15min após abertura da ficha	60 DIAS	FABIANA R. JORGE	Não realizado

Indicador: Realização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)



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

Resultado obtido: 5.470 total de exames realizados no mês referente

Análise Crítica do indicador: A análise desse indicador, se dá pela soma de todos os exames realizados como laboratório, raio-x e ECG da unidade, observa-se que esse indicador está sempre abaixo da meta esperada, pois são dados não alcançáveis pela unidade como meta estipulada pela prefeitura, as gestoras encontram-se cientes dessa meta e aguardamos reunião conforme ação planejada para realizar nova meta da unidade.

Laboratório: No período analisado, registrou a realização de 4.529 exames de análises clínicas em 934 pacientes, não tivemos variações significativas em relação aos meses anteriores na quantidade de exames solicitados para os usuários atendidos.

RX: Foram realizados 935 exames de imagem, observa-se um aumento de 40% em relação ao mês passado, mas isso ocorre devido aparelho de raio-x novo e funcionando, com 100% de realização dentro da unidade. Sendo assim, esse aumento reflete a realidade média da realização dos exames durante o mês.

ECG: Foram realizados 298 eletrocardiogramas na unidade, observa-se plano de ação eficaz quando ao registro manual da enfermagem em caderno, porém estamos em fase de mudanças, para que a solicitação seja realizada via sistema MV, sendo cobrado dos médicos essa realização. O desempenho do Laboratório mostra-se satisfatório, enquanto o RX ainda permanece comprometido mesmo após iniciar suas atividades dentro da unidade devido o prazo de 10 dias sem o aparelho novo na unidade. O

ECG tivemos melhora significativa de 87% de aumento devido a melhora da alimentação da planilha de registro dos exames realizados. 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 alinhamento entre setores e uso exclusivo do sistema MV. Observa-se uma tendência de queda, com necessidade de análise de metas mais tangíveis.

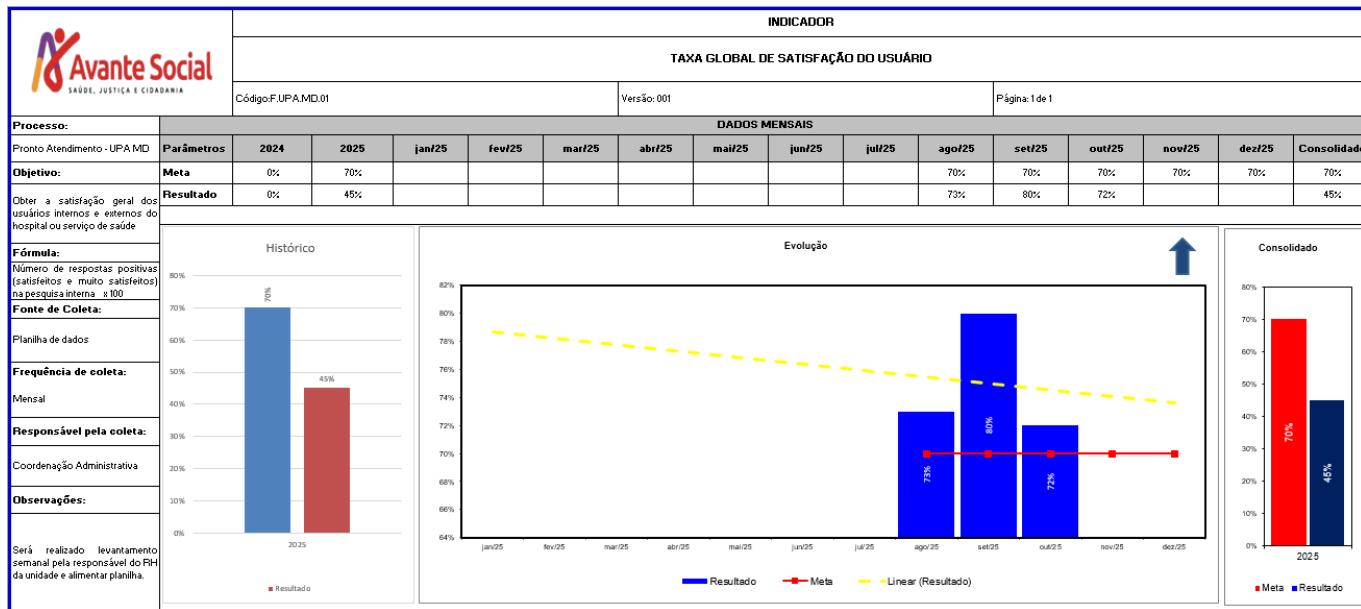
Melhorias a serem realizadas no mês de Novembro/2025:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Realizar registro de solicitação de SADT de ECG pelo sistema MV pelo médico, e baixa da realização pela enfermagem	30 dias	MARINA DIAS FERREIRA e DRA LARISSA MIRANDA
2. 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 Outubro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Realizar registro de solicitação de SADT de ECG pelo sistema MV pelo médico, e baixa da realização pela enfermagem	30 dias	MARINA DIAS FERREIRA e DRA LARISSA MIRANDA	ORIENTADO MÉDICOS E ENFERMAGEM, ACOMPANHANDO POR MAIS 30 DIAS. CONCLUIDO PARCIAL
Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, para uma meta tangível.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE / GESTORAS PREFEITURA	Realizado agendamento para dia 11/11 às 9:30 para análise das metas dos indicadores

Indicador: TAXA GLOBAL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO



Meta mensal: 70% de satisfação

Resultado obtido: 72% taxa global

Análise Crítica do indicador: No mês de referência, foram realizadas 114 avaliações, resultando em um índice de 72% de satisfação dos usuários, frente à meta estabelecida de 70%. Observa-se, portanto, atingimento da meta, porém com tendência desfavorável, visto que o resultado se encontra limítrofe ao valor de referência.

Cabe destacar que, no mês de outubro, foi realizada uma atualização no formulário de pesquisa de satisfação, incluindo dois novos serviços a serem avaliados: Higienização e Portaria. Essa ampliação do escopo justifica a queda de 9% no índice global de satisfação em relação ao mês de setembro, uma vez que a percepção dos usuários passou a considerar mais aspectos da experiência no atendimento. A análise segmentada por setor demonstra o seguinte desempenho:

Recepção: 75%

Portaria: 74%

Higienização: 77%

Classificação de Risco: 73%

Atendimento Médico: 74%

Enfermagem: 69%

Avaliação Geral: 63%

Verifica-se que somente o setor de Enfermagem apresentou resultado abaixo da meta, com queda significativa em relação ao mês anterior, impactando diretamente o resultado global. Já os demais setores mantiveram desempenho satisfatório, inclusive os novos itens avaliados, que apresentaram índices iniciais positivos.

Dessa forma, é importante monitorar os próximos meses para identificar se a tendência de queda se mantém ou se estabiliza após a adaptação do novo formulário. Recomenda-se também analisar de forma mais detalhada o desempenho da Enfermagem e da Avaliação Geral, a fim de compreender os fatores que levaram à redução da percepção positiva dos usuários.

Melhorias a serem realizadas no mês de Novembro/2025:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Monitorar por três meses consecutivos os resultados após a atualização do formulário, para análise de tendência real	90 DIAS	FABIANA R. JORGE
Realizar reunião de alinhamento com equipe de enfermagem para discutir o resultado e levantar causas;	30 DIAS	MARINA D. FERREIRA
Reforçar orientações quanto à humanização, escuta ativa e empatia no atendimento;	60 DIAS	LIDERES DO SETOR
Implementar acompanhamento da equipe em campo (supervisão direta)	30 DIAS	MARINA D. FERREIRA
Divulgar informações aos pacientes por meio de cartazes e orientação direta sobre etapas do atendimento e responsabilidades de cada setor	30 DIAS	SESMT

Feedback das Ações Realizadas em Outubro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Replanejar a realização de no mínimo de 10% do total de usuários / mês	30 DIAS	MARIA TEREZA	NÃO CONCLUIDO, Ação que deverá ser monitorada por mais tempo, para ampliar a satisfação.
Realizar mural de elogios enviados aos colaboradores pelo grupo de funcionários toda semana.	CONTINUO	FABIANA R. JORGE	CONCLUIDO
Realizar recolhimento e levantamento de dados por semana	CONTINUO	MARIA TEREZA	CONCLUIDO
Melhorar a internet da unidade com link dedicado	60 DIAS	FABIANA R JORGE	EM ANDAMENTO

2. INDICADORES QUALITATIVOS

Indicador qualitativo: Conformidade no processo de Informação aos usuários

INDICADOR	OBJETIVO			CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO						
1	A Unidade de Pronto Atendimento tem como meta estruturar mecanismos para informação aos usuários e familiares, acerca do processo de Atenção. O indicador desta meta será dado pela comprovação da efetiva existência e implantação das rotinas relativas à informação dos usuários, tanto documentalmente como de fato.			Pontuação: 0% a 89%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada						
FONTE:		META: 90%	RESULTADO:	100,0%	PONTOS OBTIDOS	ALCANÇADA				
PRODUÇÃO			REALIZADO: SIM / NÃO / PARCIAL							
FÓRMULA 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 o SAU/Ouvidoria)			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: Classificação de Risco 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 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 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)

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.

✓ **Certidão de Responsabilidade de Enfermagem**

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT
(Resolução COFEN nº 727 de 27 de setembro de 2023)

Validade: De 12/08/2025 à 12/08/2026

O COREN-SP expede o presente documento, designando como Responsável Técnico pela Gestão Assistencial na área de Enfermagem:

Nome da Enfermeira:	DRA MARINA DIAS FERREIRA	COREN-SP nº:	633929				
Horário:	2 ^ª a 6 ^ª - 07h30 às 16h30	Carga Horária:	40h00min/Sem				
Instituição Contratante:	INSTITUTO JURIDICO PARA EFETIVACAO DA CIDADANIA E SAUDE						
Endereço:	RUA JOSE HEMETERIO ANDRADE 950 (5 ^º E 6 ^º ANDAR)	Bairro:	BURITIS				
CEP:	30493180	Cidade:	BELO HORIZONTE	Estado:	MG		
Local de Atuação:	UPA MARY DOTA						
Endereço:	RUA PEDRO SALVADOR S/N QUADRA 02		Bairro:	NUC HAB M DOTA			
CEP:	17026390	Cidade:	BAURU	Estado:	SP		
Anotação:	162286	Data:	12/08/2025	Livro:	402	Folha:	51

Identificação Nº:
45182/25710/166365

São Paulo, 12 de agosto de 2025

Sergio Aparecido Cleto
SERGIO APARECIDO CLETO
COREN-SP 80.017
Presidente

**Esse documento possui mecanismos para validação de autenticidade. Para confirmar a veracidade dessas informações, acesse:
<https://autenticidade-documentos-rt-re.coren-sp.gov.br> e utilize o código de acesso: 110C41DFE0F7 e a data do documento: 12/08/2025
Código de segurança: 6631366130336132616666363464336231393364386562343339346163373535**

✓ **Certidão de Responsabilidade de Farmácia**

 Serviço Público Federal
 Conselho Federal de Farmácia

CERTIDÃO DE REGULARIDADE

Nome do Estabelecimento:	Reg. Nº: 60862	
MUN BAURU UPA MARY DOTA	CNPJ:	46137410000180
Endereço:	BAURU - SP	
R PEDRO SALVADOTR S/N QUADRA 2 NUCLEO HAB MARY DOTA	Horário de Atividade:	FCIA PRIV CLIN/AMBULAT/PS MUN/EST
Horário de Funcionamento do Estabelecimento:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 00:01h às 23:59		
Rotina: (Sab) Das 00:01h às 23:59		
Rotina: (Dom) Das 00:01h às 23:59		
Responsável Técnico		
Dra. LUANA BONFIM DA SILVA	FARMACÊUTICO	CRF: 110968
Horário de assistência:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 07:00h às 19:00	(Intervalo Das 12:00h às 13:00h)	
Rotina: (Sab) Das 07:00h às 19:00	(Intervalo Das 12:00h às 13:00h)	
Rotina: (Dom) Das 07:00h às 19:00	(Intervalo Das 12:00h às 13:00h)	
Farmacêutico(s) Substituto(s)		
Dra. EDMARA REGINA FRANCO MARINHO	FARMACÊUTICO	CRF: 45474
Horário de assistência:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 19:00h às 07:00	(Intervalo Das 03:00h às 04:00h)	
Rotina: (Sab) Das 19:00h às 07:00	(Intervalo Das 03:00h às 04:00h)	
Rotina: (Dom) Das 19:00h às 07:00	(Intervalo Das 03:00h às 04:00h)	
Dra. REGINA CELIA DA SILVA	FARMACÊUTICO	CRF: 17584
Horário de assistência:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 19:00h às 07:00	(Intervalo Das 03:00h às 04:00h)	
Rotina: (Sab) Das 19:00h às 07:00	(Intervalo Das 03:00h às 04:00h)	
Rotina: (Dom) Das 19:00h às 07:00	(Intervalo Das 03:00h às 04:00h)	
Dra. PATRÍCIA PAOLA MOLINA	FARMACÊUTICO	CRF: 20849
Horário de assistência:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 07:00h às 19:00	(Intervalo Das 12:00h às 13:00h)	
Rotina: (Sab) Das 07:00h às 19:00	(Intervalo Das 12:00h às 13:00h)	
Rotina: (Dom) Das 07:00h às 19:00	(Intervalo Das 12:00h às 13:00h)	

ESTA CERTIDÃO DEVE SER AFIKADA EM UM LUGAR BEM VISÍVEL AO PÚBLICO

Certificamos que o estabelecimento a que se refere esta Certidão de Regularidade está inscrito neste Conselho Regional de Farmácia, atendendo o que dispõem os artigos 22, parágrafo único e 24, da Lei nº 3.809/09 e do Título IX da Lei nº 6.360/76. Tratando-se de Farmácia e Drogaria, certificamos que está regularizada em sua atividade durante os horários estabelecidos pelos Farmacêuticos Responsáveis Técnicos.

Essa certidão foi expedida em 24 DE SETEMBRO DE 2025.

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

SÃO PAULO, 24 DE SETEMBRO DE 2025.

 Validade: 24/09/2025
www.crfsp.org.br

✓ **Certidão de Responsabilidade Médica**

29/09/2025, 08:30

Certidão de responsável técnico



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.

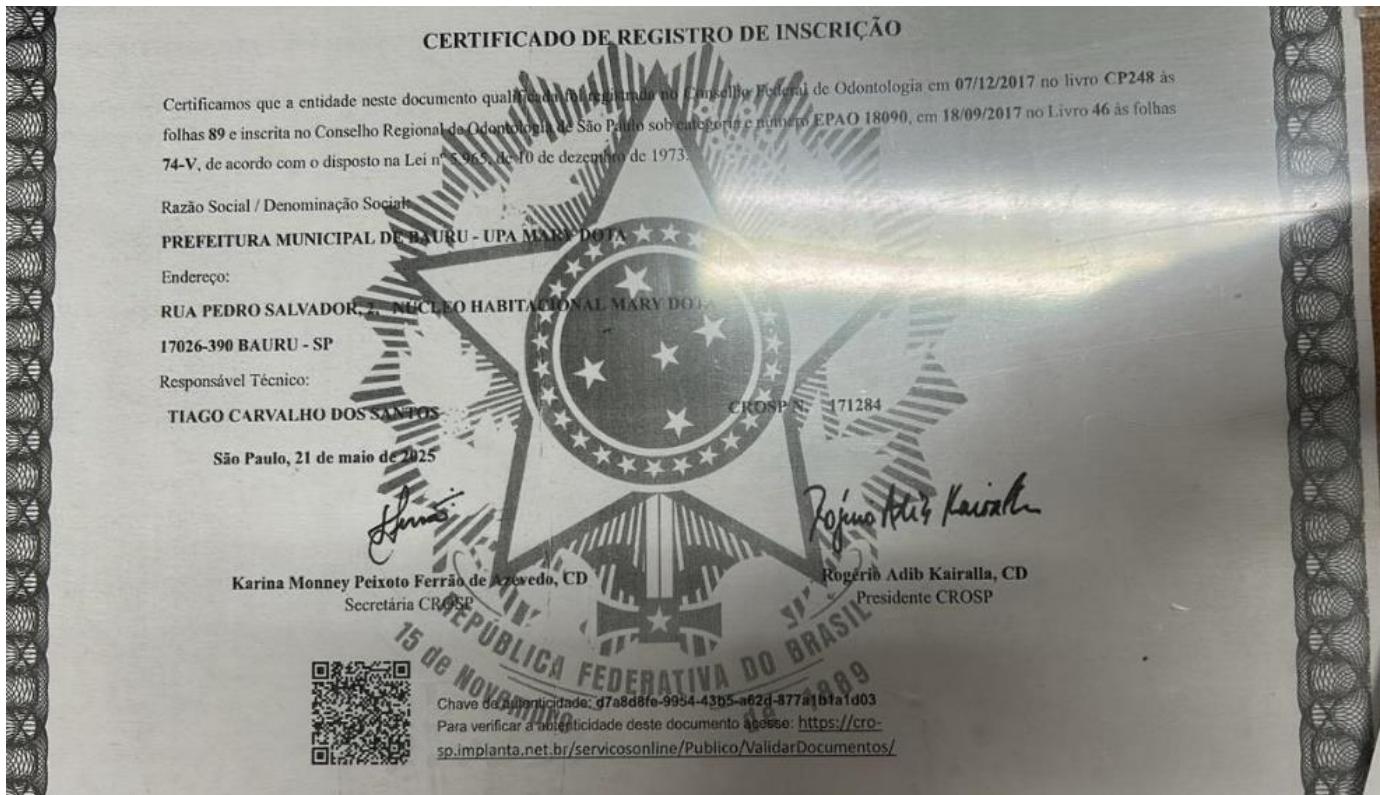
Certidão emitida gratuitamente em meio eletrônico em 29/09/2025 às 8:29:59
Válida até 28/11/2025
Código de protocolo: 163232

Para verificar a autenticidade, consulte o site do Cremesp ou utilize um leitor de qrCode
<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ConsultaCertidoes>



Dra. Lariisa Modesto Miranda
Diretora Técnica UPA Mary Dota
CRM-SP 151249

✓ **Certidão de Responsabilidade de Odontologia**



✓ **Certidão de Responsabilidade de Radiologia**



Indicador qualitativo: Efetividade das Ações de Humanização do Atendimento

INDICADOR	OBJETIVO			CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO				
2	Serão desenvolvidas ações previstas na Política Nacional de Humanização no SUS, tais como a instituição de protocolo de acolhimento e de classificação de risco, execução de ações de educação permanente com foco na humanização da atenção. O indicador de aferição desse parâmetro é dado por meio da efetiva existência e implantação do protocolo de acolhimento e de classificação de risco, além da execução de no mínimo uma ação educativa com foco na humanização da atenção a cada 04 (quatro) meses.			Pontuação: 0% a 99,9%: Meta Não alcançada >100%: Meta Alcançada 1 SIM: 25% 2 SIM: 50% 3 SIM: 75% 4 SIM: 100%				
	Efetividade das ações de Humanização do atendimento							
FONTE	META: 100%		100,0%	PONTOS OBTIDOS	ALCANÇADA			
PRODUÇÃO		REALIZADO: SIM / NÃO / PARCIAL			TOTAL			
Item 1: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Implementado		SIM			100%			
Item 2: Realização de capacitação em humanização para todos os profissionais da unidade, conforme cronograma quadrimestral (setembro, janeiro, maio)		SIM			100%			
Item 3: Processo de Ouvidoria (fluxo, formulário, canal telefônico, e-mail)		SIM			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) CONCLUIDO •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) SENDO REALIZADO DE FORMA CONTINUA "IN LOCO" INDIVIDUALMENTE E EM GRUPO •Item 3 - Ouvidoria: Manter orientação quanto a orientação dos pacientes a realizar ouvidorias quando 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: Mudado formulário para se tornar mais eficiente, iremos abrir outros canais de comunicação com o usuário e feedback com os canais de ouvidoria da prefeitura.

Ações de Melhorias:

- **Item 1 - Acolhimento com Classificação de Risco:** Realizar revisão do protocolo de classificação de risco; **CONCLUIDO**
- Agendar treinamento de capacitação e melhorias nas classificações dos enfermeiros, junto ao protocolo revisado; **CONCLUIDO**

- Item 2 - PNH:** Realizar treinamentos semestrais com agendamento. **(PRAZO 90 DIAS) SENDO REALIZADO DE FORMA CONTINUA "IN LOCO" INDIVIDUALMENTE E EM GRUPO**
- Item 3 - Ouvidoria:** Manter orientação quanto a orientação dos pacientes a realizar ouvidorias quando sentir necessidade **(PRAZO CONSTANTE)**

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

INDICADOR	OBJETIVO	CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO				
3	Percentual de Cumprimento do Planejamento de Comissões Obrigatórias e de Apoio Assistencial	Pontuação: 0% a 89%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada				
*A Unidade de Pronto Atendimento irá contar com comissões técnicas efetivamente implantadas e monitoradas para cada uma, do acordo com a legislação vigente, sendo elas: Comissão de Ética Médica; Comissão de Ética de Enfermagem; Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; Comissão de Verificação de Óbitos; Comissão de Gerenciamento de Riscos; Programa de Gerenciamento de Riscos para o Serviço de Saúde; Comissão do Núcleo Interno de Segurança; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA; Plano de Contingência para Atendimento do Múltiplo Vítima; Conselho Gestor da Unidade.	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	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 Riscos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	🟡 100%
Comissão de PGRSS	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%
Conselho Gestor da Unidade	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	🔴 25%

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.

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:

- Realizada análise das comissões e redistribuído o plano diretor de cada comissão denominando novos colaboradores. Definido novo cronograma de datas de reuniões das comissões. **CONCLUIDO EM OUTUBRO.**
- Aguardar a publicação em diário oficial os eleitos do Conselho Gestor, e junto a gestão da prefeitura realizar as reuniões.

3. OUVIDORIA (ANEXO 2)

Análise Crítica – Ouvidoria da Unidade

Durante o período analisado que se encontra no anexo 2, foram registradas **11 manifestações físicas de ouvidoria** na unidade, distribuídas em:

- **0 denúncias,**
- **3 elogios,**
- **8 reclamações.**

Além disso, foram registradas **7 ouvidorias no canal da Prefeitura (B-DOC)**, sendo 1 elogio e 6 reclamações, sendo que foram respondidas até o momento até o momento 3 via sistema, porém as restantes encontram-se em tempo hábil para serem respondidas.

Observa-se que a **ouvidoria é utilizada de forma diversificada pelos usuários**, sendo utilizado os canais disponíveis como o canal direto da prefeitura que nos encaminha para resposta e temos formulário próprio que foi reformulado para um novo documento com intuito de melhorar o entendimento e envolvimento do usuário na unidade. As ouvidorias contemplam 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 e reclamações**, todas foram apuradas, e quando o usuário se identificou, houve devolutiva no total, 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.

Ações de melhorias:

- Ampliar a divulgação dos canais de ouvidoria para garantir maior participação da comunidade. **(PRAZO PRORROGADO POR MAIS 60 DIAS)**
- Implementar 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)**

4. PRODUTIVIDADE DE AVALIAÇÕES DA NUTRICIONISTA E DAS ASSISTENTE SOCIAIS (Anexo 8)

A nutricionista realiza levantamento mensal dos atendimentos efetuados, totalizando 71 avaliações no período. Os pacientes avaliados são aqueles que permanecem em observação por tempo superior a seis horas. Todos são acompanhados diariamente, com registros de evolução clínica inseridos tanto no prontuário físico do paciente quanto no sistema MV, garantindo a continuidade e rastreabilidade das informações nutricionais.

Durante o mês, foram realizadas 586 consultas pelo Serviço Social, abrangendo todos os casos pertinentes à atuação do setor. As avaliações são devidamente registradas no prontuário do paciente, com abertura de notificações no SINAN nos casos de violência sexual, intoxicação exógena e acidentes de trabalho. A unidade conta com a presença de assistente social 24 horas por dia, o que possibilita a prestação de uma assistência integral e contínua aos pacientes.

5. SERVIÇOS REALIZADOS DENTRO DA UNIDADE PELAS TERCEIRIZADAS, DEPARTAMENTO PESSOAL E RECURSOS HUMANOS.

5.1 Engenharia Clínica (Anexo 3)

Segue 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. OBS: Estamos aguardando o retorno desses equipamentos a unidade e acompanhando junto a empresa que está realizando a manutenção.

5.2 Gerador (Anexo 4)

Segue **anexo 4**, laudo da manutenção preventiva do grupo gerador do mês de outubro de 2025, fornecido pela empresa terceirizada. Equipamento em bom funcionamento conforme laudo;

5.3 Refrigeradores (Anexo 9)

O Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) é um documento técnico obrigatório para todos os estabelecimentos que possuem sistemas de climatização (ar-condicionado) com capacidade igual ou superior a 60.000 BTU/h. Em ambientes hospitalares, onde há grande circulação de pessoas e presença de pacientes imunologicamente vulneráveis, a implementação e manutenção adequada do PMOC são fundamentais para garantir a **qualidade do ar interior**, prevenir contaminações e assegurar a **segurança sanitária e ocupacional**. Segue as legislações vigentes como:

- **Lei nº 13.589/2018** – Dispõe sobre a obrigatoriedade da implementação do PMOC em sistemas de climatização de ambientes de uso público e coletivo.
- Determina que todos os edifícios de uso público e coletivo devem possuir plano de manutenção, operação e controle de seus sistemas de climatização visando à prevenção de riscos à saúde dos ocupantes.
- **Portaria nº 3.523/GM de 28 de agosto de 1998 (Ministério da Saúde)** – Estabelece procedimentos e responsabilidades referentes à manutenção de sistemas de climatização.
- Define diretrizes para garantir a qualidade do ar interior e evitar riscos à saúde de ocupantes de ambientes climatizados.
- **Resolução RE nº 09/2003 da ANVISA** – Dispõe sobre padrões de qualidade do ar interior em ambientes climatizados de uso público e coletivo.
- Determina limites de concentração de contaminantes, periodicidade de manutenção e métodos de avaliação.
- **RDC nº 50/2002 da ANVISA** – Trata do regulamento técnico para o planejamento físico de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Exige que sistemas de ar-condicionado sejam projetados de modo a garantir renovação e tratamento de ar adequados conforme o tipo de ambiente hospitalar.
- **NR-9 (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e NR-32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde)** –
- Estabelecem medidas de controle para prevenção de riscos ambientais e biológicos, incluindo a necessidade de controle de qualidade do ar.

O principal objetivo do PMOC é assegurar que os sistemas de climatização estejam em condições ideais de funcionamento, evitando riscos à saúde dos ocupantes. O plano deve contemplar:

- Procedimentos de **limpeza, manutenção e troca de filtros**;
- Monitoramento da **qualidade do ar** (temperatura, umidade, concentração de CO₂ e contaminantes);

- Garantia de **eficiência energética e prolongamento da vida útil dos equipamentos**;
- Cumprimento das exigências legais e normativas de vigilância sanitária.

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 **20/09/2025**, foram entregues mais **10 aparelhos de refrigeração e 2 cortinas de ar** destinados à substituição dos que estavam inoperantes. Neste momento, a prioridade definida é absorver a demanda das **áreas assistenciais**, com a **instalação de 7 aparelhos de ar-condicionado**, contemplando:

- Consultórios médicos,
- Farmácia,
- Enfermarias.

Obtivemos uma resposta pelo Ofício nº22 das gestoras da unidade, onde utilizaremos outros valores de rubricas para instalação desses equipamentos, sendo aberto processo de solicitação desse serviço via Sankhya para autorização da execução do serviço. Ficamos no aguardo da liberação da direção Avante Social para execução.

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).

5.4 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.

5.5 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.

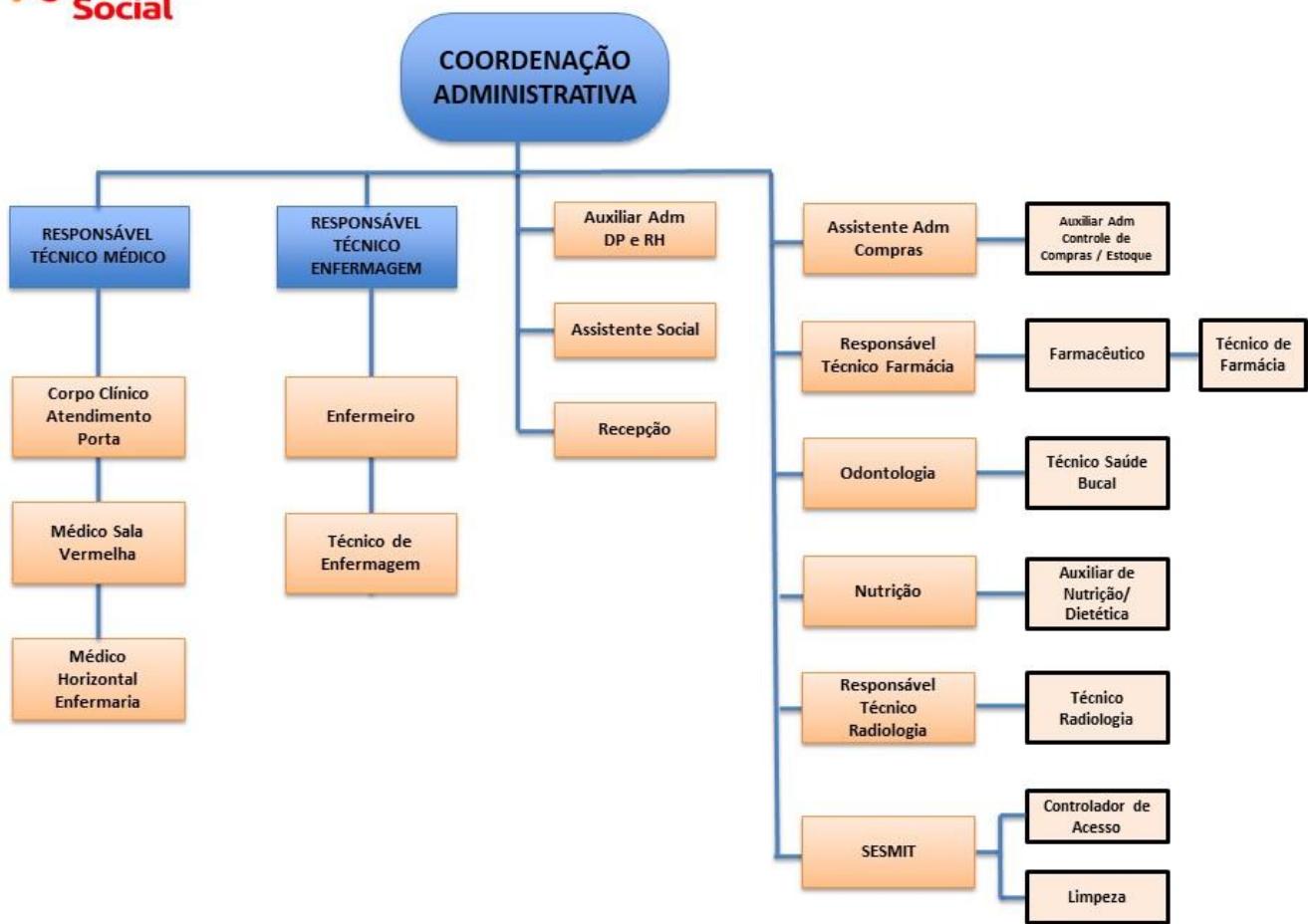
Segue anexo com as informações pertinentes as contratações e desligamentos, porém estamos com quadro da equipe assistencial completo. Seguindo dimensionamento adequado em todos os setores. Equipe médica e odontológica, segue as escalas, não tendo nenhum dia sem atendimento dentro da unidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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



ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL UPA MARY DOTA



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.

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 novembro de 2025



Fabiana Rocha Jorge
Coordenadora da Unidade
UPA Mary Dota

Fabiana Rocha Jorge

Coordenadora Administrativa da Unidade UPA Mary Dota / Bauru - SP