PRESTAÇÃO DE CONTAS
REFERENTE A OUTUBRO DE 2026

1. INDICADORES QUANTITATIVOS

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

INDICADOR

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

Código:F.UPA.MD.01 | Versão: 001 | Página: 1 de 1

Processo: Pronto Atendimento - UPA MD

Objetivo: Contabilizar a quantidade de pacientes atendidos no PA

Fórmula: Quantidade de pacientes atendidos na UPA mensalmente

Fonte de Coleta: Sistema MV

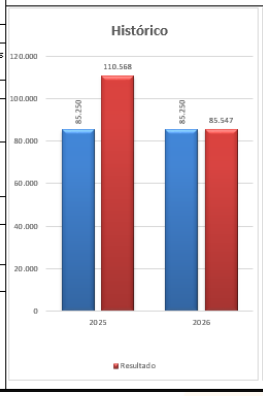
Frequência de coleta: Mensal

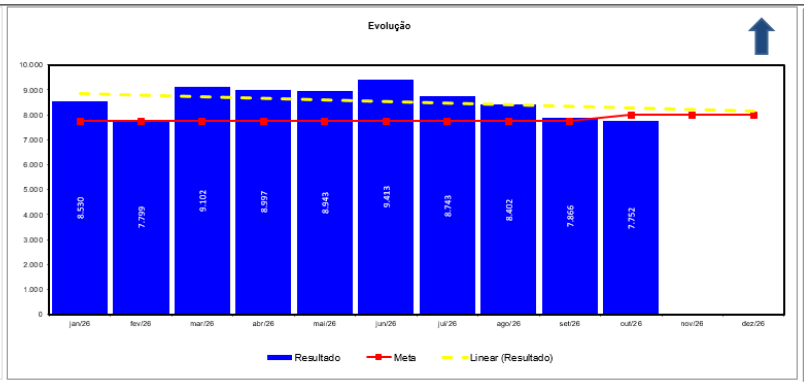
Responsável pela coleta: Coordenação Administrativa

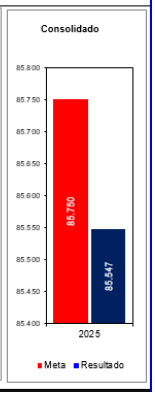
Observações:

DADOS MENSAIS

Parâmetros	2025	2026	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26	dez/26	Consolidado
Meta	85.250	85.250	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	8.000	8.000	8.000	85.750
Resultado	110.568	85.547	8.530	7.799	9.102	8.997	8.943	9.413	8.743	8.402	7.866	7.752			85.547







Meta: 8.000 atendimentos / mês

Resultado: 7.752 atendimentos no mês referente

Análise Crítica do indicador:

No mês de outubro de 2026, o indicador de Atendimento Médico na UPA 24h apresentou, inicialmente, 7.340 atendimentos registrados no sistema MV Soul. Entretanto, em razão das instabilidades apresentadas pelo sistema durante o período, foi necessária a abertura do plano de contingência, com realização de registros manuais, totalizando 412 prontuários. Dessa forma, considerando os registros eletrônicos e manuais, o volume efetivo de atendimentos realizados no mês correspondeu a 7.752 atendimentos.

Destaca-se que, a partir de outubro de 2026, houve alteração na meta mensal estabelecida para o indicador, passando de **7.750 para 8.000 atendimentos mensais**, após devolutiva referente à revisão do Plano de Trabalho encaminhado em maio de 2026. Ressalta-se que a meta estabelecida contempla uma margem de tolerância de 10% para mais ou para menos, considerando como faixa aceitável de desempenho o intervalo entre 7.200 e 8.800 atendimentos mensais.

Considerando o resultado consolidado de 7.752 atendimentos, observa-se que a unidade alcançou aproximadamente 89% da meta estabelecida, permanecendo dentro da faixa de tolerância institucional. Quando comparado ao resultado de setembro, de 7.866 atendimentos, observa-se uma discreta redução de aproximadamente 1%, demonstrando relativa estabilidade no volume de atendimentos realizados.

Observa-se no gráfico uma tendência de redução dos atendimentos nos últimos meses, especialmente em razão das instabilidades operacionais apresentadas pelo sistema MV Soul nos meses de agosto e setembro, com necessidade de utilização de registros manuais, que não foram integralmente refletidos na contabilização eletrônica apresentada pelo sistema. Dessa forma, a linha de tendência deve ser interpretada considerando essas limitações de registro, uma vez que os dados extraídos exclusivamente do sistema não representam necessariamente a totalidade dos atendimentos efetivamente realizados.

Diante do exposto, considera-se que o resultado de outubro apresentou desempenho satisfatório, permanecendo dentro da margem de tolerância estabelecida para a nova meta institucional. Recomenda-se a continuidade do monitoramento mensal do indicador, bem como o acompanhamento da estabilidade do sistema MV Soul e a consolidação dos registros manuais e eletrônicos, garantindo maior confiabilidade dos dados e precisão na avaliação da produção assistencial da unidade.



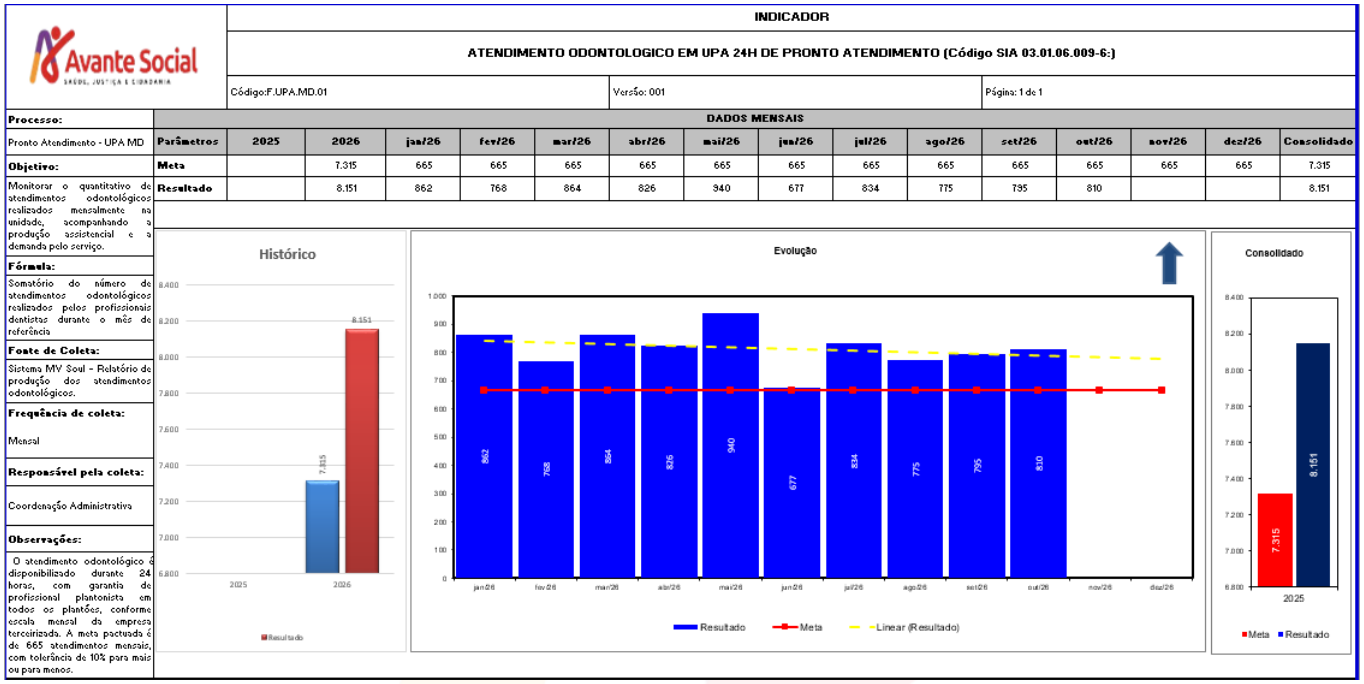
Melhorias a serem realizadas – Novembro /2026:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Implantar controle e conferência dos atendimentos realizados manualmente durante as instabilidades do MV Soul, garantindo a contabilização correta da produção mensal.	Até o 5º dia útil do mês subsequente	Coordenação e Líder da recepção.

Feedback das ações realizadas em Outubro/2026

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Aguardar parecer das Gestoras da Prefeitura quanto a análise do novo Plano de Trabalho enviado dia 21/05/26.	30 DIAS	Gestoras da Prefeitura e Coordenação da Unidade	**Concluída** Recebida a devolutiva das Gestoras da Prefeitura referente à revisão do Plano de Trabalho, possibilitando a atualização das metas pactuadas dos indicadores assistenciais e operacionais, com início da aplicação dos novos parâmetros a partir de outubro/2026, conforme as revisões aprovadas.

Indicador: ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UPA 24H DE PRONTO ATENDIMENTO



INDICADOR

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

Código:F.UPA.MD.01 | Versão: 001 | Página: 1 de 1

Processo: Pronto Atendimento - UPA MD

Objetivo: Monitorar o quantitativo de atendimentos odontológicos realizados mensalmente na unidade, acompanhando a produção assistencial e a demanda pelo serviço.

Fórmula: Somatório do número de atendimentos odontológicos realizados pelos profissionais dentistas durante o mês de referência

Fonte de Coleta: Sistema MV Soul - Relatório de produção dos atendimentos odontológicos.

Frequência de coleta: Mensal

Responsável pela coleta: Coordenação Administrativa

Observações: O atendimento odontológico é disponibilizado durante 24 horas, com garantia de profissional plantonista em todos os plantões, conforme escala mensal da empresa terceirizada. A meta pactuada é de 665 atendimentos mensais, com tolerância de 10% para mais ou para menos.

DADOS MENSAIS

Parâmetros	2025	2026	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26	dez/26	Consolidado
Meta		7.315	665	665	665	665	665	665	665	665	665	665	665	665	7.315
Resultado		8.151	862	768	864	826	940	677	834	775	795	810			8.151

Meta: 665 atendimentos / mês

Resultado: 810 atendimentos no mês referente

Análise Crítica do indicador:

O indicador de Atendimento Odontológico na UPA 24h passa a integrar formalmente o monitoramento dos indicadores assistenciais a partir de outubro de 2026, após a devolutiva referente à revisão do Plano de Trabalho. Embora sua validade para fins de avaliação institucional tenha início neste período, os dados de produção já vinham sendo alimentados desde janeiro de 2026, permitindo a construção de um histórico e o acompanhamento da evolução dos atendimentos realizados na unidade.

A separação do indicador de atendimento odontológico em relação ao atendimento médico tem como finalidade proporcionar maior visibilidade à produção específica do serviço, possibilitando acompanhar o volume de atendimentos realizados e avaliar o comportamento da demanda odontológica na unidade.

No mês de outubro, foram realizados 810 atendimentos odontológicos, superando a meta mensal estabelecida de 665 atendimentos em 145 procedimentos, o que representa um desempenho

aproximadamente 21,8% superior ao previsto. Ressalta-se que, considerando o histórico de janeiro a outubro, todos os meses apresentaram produção superior à meta estabelecida, totalizando 8.151 atendimentos no período e demonstrando demanda contínua pelo serviço.

Atualmente, a UPA Mary Dota mantém atendimento odontológico durante as 24 horas, garantindo a presença de profissional plantonista em todos os plantões. O serviço é executado por empresa terceirizada, mediante contratação de profissionais na modalidade pessoa jurídica (PJ), contando com uma escala mensal composta por sete dentistas, assegurando a cobertura assistencial ininterrupta.

A análise da evolução mensal demonstra oscilações no volume de atendimentos, com maior produção em maio, totalizando 940 atendimentos, e menor resultado em junho, com 677 atendimentos. Entretanto, mesmo diante dessas variações, a produção permaneceu acima da meta mensal, indicando manutenção da demanda e da oferta do serviço odontológico.

Diante dos resultados apresentados, considera-se satisfatório o desempenho do indicador no mês de outubro, evidenciando que a produção odontológica da unidade está acima do parâmetro mensal estabelecido. Recomenda-se a continuidade do monitoramento da produção, bem como o acompanhamento da demanda assistencial e da cobertura dos plantões, visando assegurar a disponibilidade do atendimento odontológico durante as 24 horas e subsidiar eventuais adequações na organização do serviço.



Melhorias a serem realizadas – Novembro /2026:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Realizar controle periódico do estoque de insumos odontológicos, acompanhando o consumo, os níveis mínimos e a necessidade de reposição, garantindo a disponibilidade dos materiais para os atendimentos	Mensal e contínuo	Coordenação Administrativa e auxiliar administrativo – almoxarifado.

Feedback das ações realizadas em Outubro/2026:

Não houve decorrente de indicador ter iniciado em outubro de 2026.

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

A exclusão do indicador foi proposta na revisão do Plano de Trabalho do Chamamento Público nº 10/2024, referente ao Contrato de Gestão nº 001/2024, encaminhada em 19 de maio de 2026, devido à incompatibilidade conceitual com o perfil assistencial e o escopo de atuação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Mary Dota.

A justificativa para a exclusão fundamenta-se no entendimento de que a permanência de pacientes em observação clínica por até 24 horas constitui atividade inerente ao funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento, integrando o processo de assistência às urgências e emergências, que compreende acolhimento, avaliação clínica, estabilização, observação de curta permanência e encaminhamento para outros serviços da rede de atenção à saúde, quando necessário.

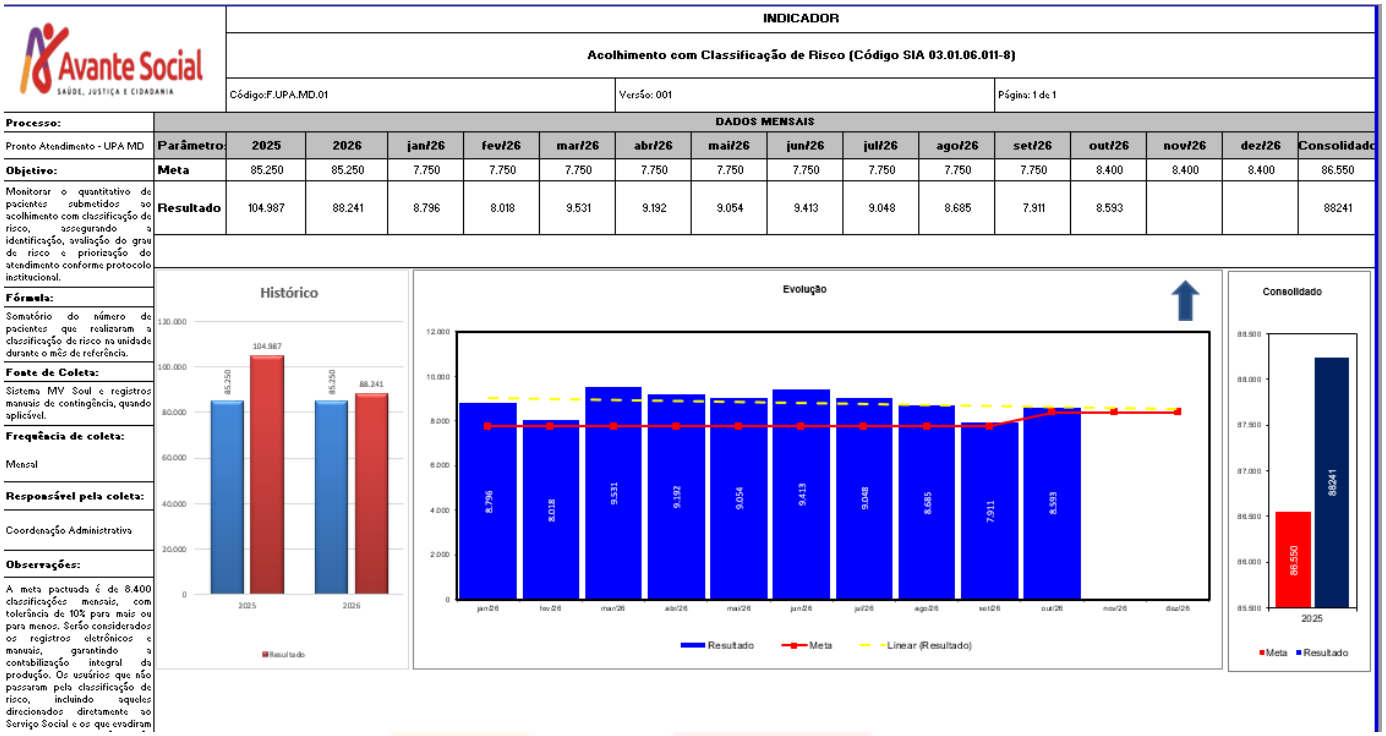
Dessa forma, a classificação dessa atividade como produção de atenção especializada não representa adequadamente a natureza dos serviços executados pela unidade, podendo gerar interpretações equivocadas quanto ao perfil assistencial da UPA e ocasionar sobreposição com serviços regulados de atenção secundária e terciária.

A manutenção do indicador, nos moldes anteriormente pactuados, também poderia resultar em inconsistências na avaliação da produção assistencial e em cobranças de resultados não compatíveis com o escopo institucional da unidade.

Diante do exposto, considerando a fundamentação técnica apresentada na revisão do Plano de Trabalho, a exclusão do referido indicador representa uma adequação conceitual e regulatória, permitindo maior coerência entre os indicadores pactuados, as atividades efetivamente desenvolvidas e as diretrizes assistenciais aplicáveis às Unidades de Pronto Atendimento.

Ressalta-se que a exclusão se refere exclusivamente ao indicador enquanto instrumento de mensuração e avaliação das metas contratuais, não representando, em nenhuma hipótese, a suspensão, redução ou descontinuidade da assistência aos pacientes em observação clínica. A UPA Mary Dota permanece responsável pela prestação integral dessa assistência, mantendo o acolhimento, acompanhamento, monitoramento clínico e condução dos pacientes durante o período de observação, conforme os protocolos assistenciais e fluxos institucionais estabelecidos. Portanto, a retirada do indicador não altera as atribuições assistenciais da unidade, mas apenas adequa os critérios de avaliação e monitoramento às características e à finalidade dos serviços prestados por uma Unidade de Pronto Atendimento.

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



INDICADOR

Acolhimento com Classificação de Risco (Código SIA 03.01.06.011-8)

Código:F.UPA.MD.01 | Versão: 001 | Página: 1 de 1

Processo: Pronto Atendimento - UPA MD

Objetivo: Monitorar o quantitativo de pacientes submetidos ao acolhimento com classificação de risco, assegurando a identificação, avaliação do grau de risco e priorização do atendimento conforme protocolo institucional.

Fórmula: Somatório do número de pacientes que realizaram a classificação de risco na unidade durante o mês de referência.

Fonte de Coleta: Sistema MV Soul e registros manuais de contingência, quando aplicável.

Frequência de coleta: Mensal

Responsável pela coleta: Coordenação Administrativa

Observações: A meta pactuada é de 8.400 classificações mensais, com tolerância de 10% para mais ou para menos. Serão considerados os registros eletrônicos e manuais, garantindo a contabilização integral da produção. Os usuários que não passaram pela classificação de risco, incluindo aqueles direcionados diretamente ao Serviço Social e os que evadiram

DADOS MENSAIS

Parâmetro	2025	2026	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26	dez/26	Consolidado
Meta	85.250	85.250	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	7.750	8.400	8.400	8.400	86.550
Resultado	104.987	88.241	8.796	8.018	9.531	9.192	9.054	9.413	9.048	8.685	7.911	8.593			88241

Meta mensal: 8.400 atendimentos / mês

Resultado obtido: 8.593 classificados no mês referente

Análise Crítica do indicador:

O indicador de Acolhimento com Classificação de Risco passou por atualização da meta pactuada a partir de outubro de 2026, após devolutiva referente à revisão do Plano de Trabalho encaminhado em maio de 2026. Dessa forma, a meta mensal anteriormente estabelecida em 7.750 classificações passou para 8.400 classificações mensais, considerando uma margem de tolerância de 10% para mais ou para menos. Outubro representa o primeiro mês de avaliação sob o novo parâmetro institucional, permanecendo os dados dos meses anteriores registrados no gráfico para acompanhamento histórico e análise da evolução da produção.

No mês de outubro, foram realizadas 8.803 aberturas de fichas de atendimento, sendo 8.393 registradas no sistema MV Soul e 410 por meio de registros manuais, em decorrência das instabilidades apresentadas pelo sistema. Desse total, 210 usuários não passaram pelo processo de classificação de risco, sendo 110 direcionados diretamente ao Serviço Social, mediante abertura de ficha específica, sem necessidade de triagem pelo enfermeiro, enquanto outros 100 evadiram-se da unidade antes de

serem submetidos à classificação. Dessa forma, foram efetivamente realizadas 8.593 classificações de risco na unidade.

Considerando a nova meta mensal de 8.400 classificações, o resultado alcançado corresponde a aproximadamente 102,3% da meta estabelecida, representando 193 classificações acima do quantitativo pactuado. O resultado demonstra desempenho satisfatório, permanecendo dentro da faixa de tolerância institucional, que compreende o intervalo de 7.560 a 9.240 classificações mensais. Esse desempenho evidencia a capacidade da unidade em absorver a demanda apresentada, mantendo o processo de acolhimento e classificação de risco como etapa fundamental para a organização e priorização do atendimento assistencial.

Ressalta-se que a utilização de registros manuais durante as instabilidades do sistema MV Soul foi fundamental para garantir a continuidade da assistência e permitir a contabilização da produção efetivamente realizada. Entretanto, esse formato de registro apresenta limitações quanto à extração e consolidação de informações detalhadas, impossibilitando o levantamento preciso da distribuição dos pacientes por tipo de classificação de risco realizada durante o período de contingência. Dessa forma, embora seja possível contabilizar o quantitativo total de classificações realizadas, não é possível apresentar, com a mesma precisão dos registros eletrônicos, a estratificação dos atendimentos por grau de risco.

Diante dos resultados apresentados, considera-se satisfatório o desempenho do indicador no mês de outubro, uma vez que a unidade superou a nova meta estabelecida, permanecendo dentro da margem de tolerância institucional. O resultado demonstra capacidade operacional para realizar o acolhimento e a classificação de risco dos usuários conforme a demanda assistencial. Recomenda-se a continuidade do monitoramento mensal, com atenção à consolidação dos registros eletrônicos e manuais, ao acompanhamento das evasões antes e após a classificação de risco e à análise do fluxo entre a abertura das fichas, a triagem e os atendimentos subsequentes.



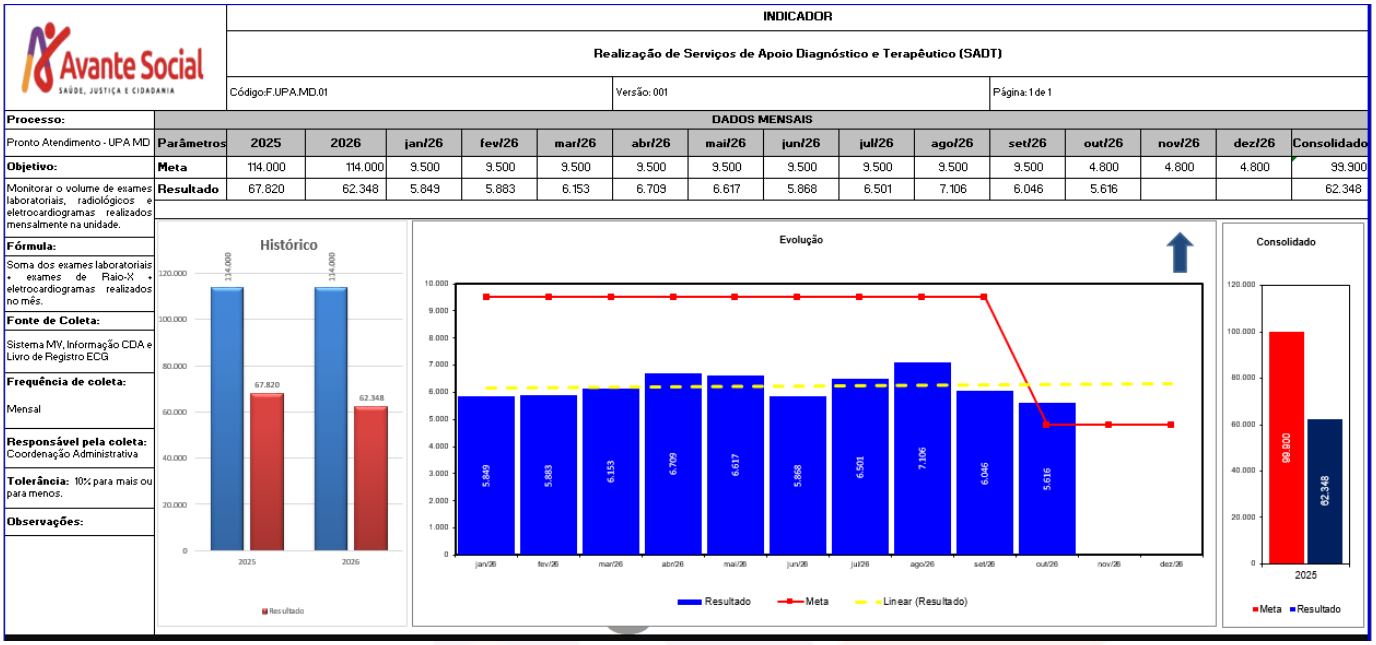
Melhorias a serem realizadas – Novembro /2026:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Padronizar a conferência e consolidação das fichas de classificação realizadas manualmente e registradas no MV Soul, evitando divergências e subnotificação da produção.	Até o 5º dia útil do mês subsequente	Coordenação e Líder da recepção.

Feedback das ações realizadas em Outubro/2026

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Aguardar parecer das Gestoras da Prefeitura quanto a análise do novo Plano de Trabalho enviado dia 21/05/26.	30 DIAS	Gestoras da Prefeitura e Coordenação da Unidade	**Concluída** Recebida a devolutiva das Gestoras da Prefeitura referente à revisão do Plano de Trabalho, possibilitando a atualização das metas pactuadas dos indicadores assistenciais e operacionais, com início da aplicação dos novos parâmetros a partir de outubro/2026, conforme as revisões aprovadas.

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



INDICADOR					
Realização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)					
Código:F.UPA.MD.01		Versão: 001		Página: 1 de 1	

Processo:	DADOS MENSAIS															
Pronto Atendimento - UPA MD	Parâmetros	2025	2026	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26	dez/26	Consolidado
Objetivo:	**Meta**	114.000	114.000	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	4.800	4.800	4.800	99.900
Monitorar o volume de exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiogramas realizados mensalmente na unidade.	**Resultado**	67.820	62.348	5.849	5.883	6.153	6.709	6.617	5.868	6.501	7.106	6.046	5.616			62.348
Fórmula:																
Soma dos exames laboratoriais + exames de Raio-X + eletrocardiogramas realizados no mês.																
Fonte de Coleta:																
Sistema MV, Informação CDA e Livro de Registro ECG																
Frequência de coleta:																
Mensal																
Responsável pela coleta: Coordenação Administrativa																
Tolerância: 10% para mais ou para menos.																
Observações:																

Meta mensal: 4.800 exames (Soma de Laboratoriais, Raio-x e ECG)

Resultado obtido: 5.616 total de exames realizados no mês referente

Análise Crítica do indicador:

O indicador de Realização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) passou por revisão da meta pactuada a partir de outubro de 2026, após devolutiva referente à revisão do Plano de Trabalho, cuja solicitação foi encaminhada em maio de 2026. Anteriormente, a meta mensal estabelecida era de 9.500 exames, sendo posteriormente readequada para 4.800 exames mensais, considerando a realidade operacional da unidade, o perfil da demanda assistencial e o volume efetivamente realizado. A nova meta passa a ser considerada para fins de avaliação institucional a partir de outubro, mantendo-se os dados dos meses anteriores como histórico de produção.

No mês de outubro de 2026, foram realizados 5.616 exames, considerando exclusivamente os três procedimentos contemplados no indicador: exames laboratoriais, radiológicos (Raio-X) e eletrocardiogramas (ECG). O resultado representa 816 exames acima da nova meta mensal estabelecida, correspondendo a aproximadamente 17% de produção superior ao previsto.

Em comparação ao mês de setembro, quando foram realizados 6.046 exames, observa-se uma redução de aproximadamente 7,1% na produção. Entretanto, mesmo diante dessa redução, o resultado

de outubro permaneceu significativamente superior à nova meta pactuada, demonstrando que o parâmetro revisado está mais alinhado à realidade de produção da unidade.

Consolidado dos exames – OUTUBRO de 2026:

- **Laboratório Clínico:** 4.414 exames realizados;
- **Radiologia (Raio-X):** 726 exames realizados;
- **Eletrocardiograma (ECG):** 476 exames realizados.

Ressalta-se que a realização dos exames complementares está diretamente relacionada ao volume de atendimentos médicos e à indicação clínica identificada durante a assistência, não sendo possível estabelecer uma produção independente da necessidade apresentada pelos usuários. Dessa forma, a adequação da meta representa um avanço na construção de um indicador mais coerente com a realidade assistencial e operacional da UPA Mary Dota.

As informações utilizadas para composição do indicador são extraídas do sistema MV Soul, complementadas pelo registro de eletrocardiogramas diretamente no equipamento utilizado para realização dos exames, garantindo maior confiabilidade e rastreabilidade dos dados apresentados.

Considerando a margem de tolerância institucional de 10% para mais ou para menos, a faixa de referência da nova meta corresponde a 4.320 a 5.280 exames mensais. O resultado de outubro superou o limite superior dessa faixa, alcançando 5.616 exames. Recomenda-se, portanto, acompanhar a evolução dos próximos meses para avaliar a estabilidade da produção e verificar a adequação da faixa de tolerância à demanda efetivamente apresentada.

Diante do exposto, considera-se positivo o desempenho do indicador no mês de outubro, uma vez que a produção superou a nova meta mensal pactuada, demonstrando capacidade da unidade em ofertar os serviços de apoio diagnóstico conforme as necessidades assistenciais identificadas. Recomenda-se a continuidade do monitoramento mensal, visando acompanhar o comportamento da produção e subsidiar futuras avaliações sobre a adequação das metas estabelecidas.

Melhorias a serem realizadas – Novembro /2026:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Monitorar mensalmente o volume de exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiogramas, comparando a produção com a nova meta pactuada.	mensal	Coordenação administrativa

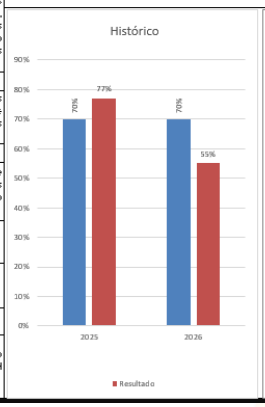
Feedback das ações realizadas em Outubro/2026

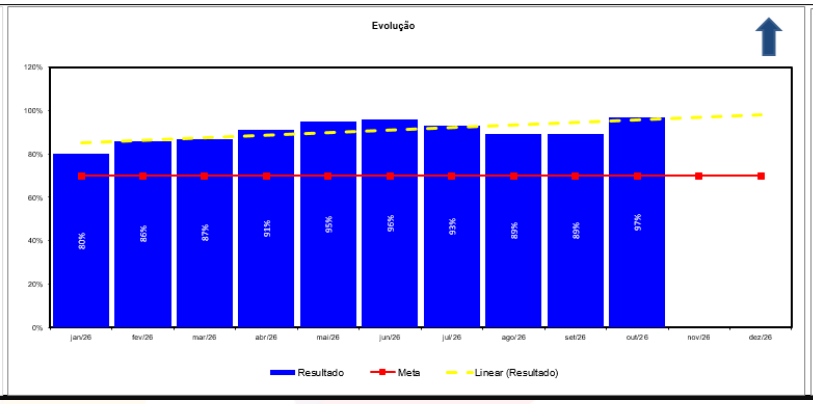
AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Aguardar parecer das Gestoras da Prefeitura quanto a análise do novo Plano de Trabalho enviado dia 21/05/26.	30 DIAS	Gestoras da Prefeitura e Coordenação da Unidade	**Concluída** Recebida a devolutiva das Gestoras da Prefeitura referente à revisão do Plano de Trabalho, possibilitando a atualização das metas pactuadas dos indicadores assistenciais e operacionais, com início da aplicação dos novos parâmetros a partir de outubro/2026, conforme as revisões aprovadas.

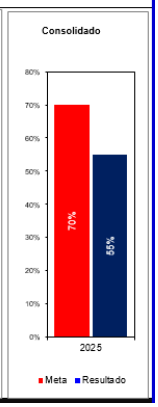
2. INDICADORES QUALITATIVOS

Indicador: TAXA GLOBAL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Avante Social SAÚDE, JUSTIÇA E CIDADANIA	INDICADOR															
	TAXA GLOBAL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO															
	Código:F.UPA.MD.01			Versão: 001							Página: 1 de 1					
Processo:	DADOS MENSAIS															
Pronto Atendimento - UPA MD	**Parâmetros**	**2025**	**2026**	**jan/26**	**fev/26**	**mar/26**	**abr/26**	**mai/26**	**jun/26**	**jul/26**	**ago/26**	**set/26**	**out/26**	**nov/26**	**dez/26**	**Consolidado**
Objetivo:	**Meta**	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
Mensurar o nível de satisfação dos usuários internos e externos em relação aos serviços prestados pela unidade, identificando a percepção dos usuários quanto à qualidade do atendimento e subsidiando ações de melhoria contínua.	**Resultado**	77%	55%	80%	86%	87%	91%	95%	96%	93%	89%	89%	97%			55%
Fórmula:																
(Número de respostas positivas – satisfeito e muito satisfeito ÷ número total de respostas válidas) × 100.																
Fonte de Coleta:																
Planilha institucional de consolidação dos resultados das pesquisas de satisfação realizadas na unidade.																
Frequência de coleta: Mensal																
Responsável pela coleta: Coordenadora Administrativa																
Observações:																
Será realizado levantamento semanal pela responsável do RH da unidade e alimentar planilha.																







Meta mensal: 70% de satisfação

Resultado obtido: 97% taxa global

Análise Crítica do indicador:

No mês de outubro de 2026, o indicador de Taxa Global de Satisfação dos Usuários apresentou resultado de 97%, superando significativamente a meta institucional estabelecida de 70%, demonstrando desempenho satisfatório na percepção dos usuários em relação aos serviços prestados pela UPA Mary Dota.

Durante o período, foram realizadas 248 avaliações espontâneas pelos usuários da unidade, representando um aumento expressivo na participação em comparação ao mês de setembro, quando foram registradas 119 avaliações, correspondendo a um crescimento de aproximadamente 108% no número de participações. Esse aumento demonstra maior adesão dos usuários ao processo de avaliação dos serviços, possibilitando uma amostragem mais ampla da percepção dos atendimentos realizados.

Cabe destacar que, no mês de setembro, a unidade enfrentou dificuldades operacionais decorrentes dos elevados índices de absenteísmo no setor de recepção, ocasionando redução do quadro de

colaboradores e comprometendo a execução do plano de ação anteriormente proposto, especialmente no incentivo à participação dos usuários na pesquisa de satisfação. Com a ampliação do número de avaliações em outubro, observa-se uma melhora significativa na participação dos usuários e no resultado geral do indicador, que passou de 89% para 97%, representando um crescimento de 8 pontos percentuais.

Ressalta-se ainda que, durante o processo de revisão do Plano de Trabalho realizado em outubro de 2026, a meta deste indicador permaneceu inalterada, mantendo-se o parâmetro inicialmente pactuado de 70%, considerando que o resultado apresentado pela unidade permanece significativamente superior ao estabelecido.

Diante dos resultados apresentados, observa-se desempenho altamente satisfatório, evidenciando uma percepção positiva dos usuários em relação aos serviços oferecidos pela unidade. Recomenda-se a continuidade das estratégias de incentivo à participação espontânea nas avaliações, bem como o acompanhamento sistemático dos resultados e das manifestações registradas, visando à manutenção dos índices de satisfação e ao fortalecimento da qualidade e humanização do atendimento prestado pela UPA Mary Dota.

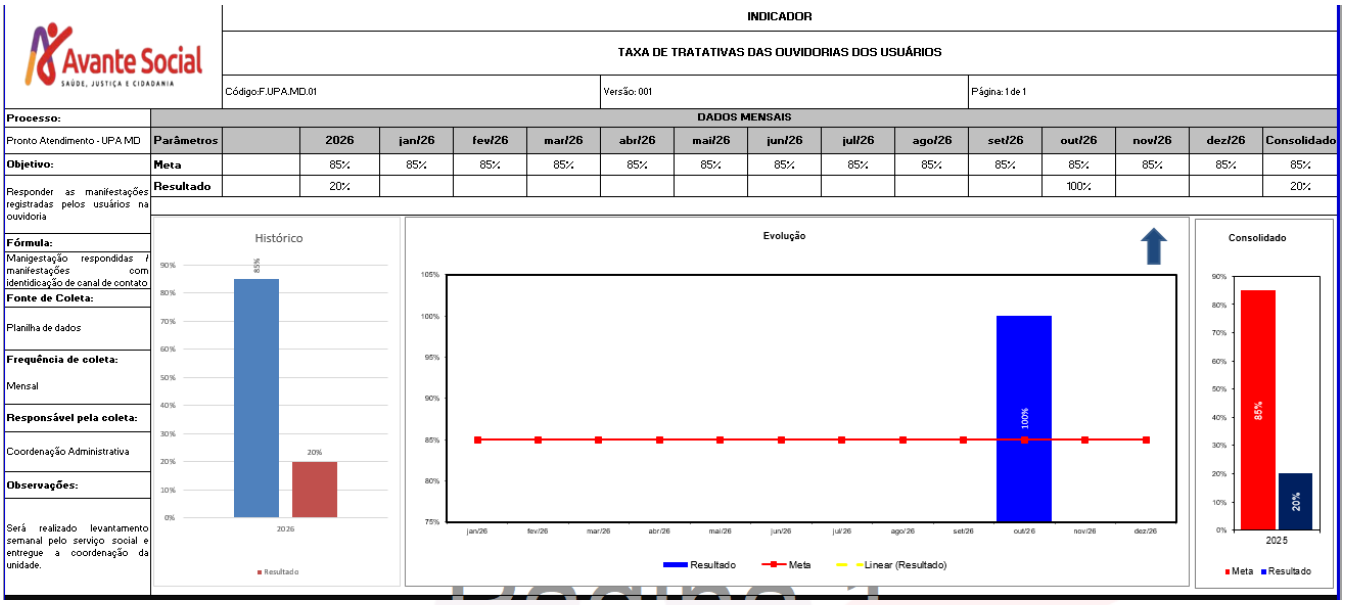
Melhorias a serem realizadas – Novembro /2026:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Incentivar a participação espontânea dos usuários na pesquisa de satisfação durante o atendimento na unidade.	mensal	Coordenação administrativa + Lider da recepção

Feedback das ações realizadas em Outubro/2026

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Realizar >200 avaliações no mês de referência	30 DIAS	Lider da recepção	Concluída

Indicador: TAXA DE TRATATIVAS DAS OUVIDORIAS DOS USUÁRIOS



Meta mensal: 85% de satisfação

Resultado obtido: 100% taxa global

Análise Crítica do indicador:

O indicador de Taxa de Tratativas das Ouvidorias dos Usuários teve seu acompanhamento iniciado em outubro de 2026, com o objetivo de monitorar a efetividade das tratativas e devolutivas realizadas pela UPA Mary Dota diante das manifestações registradas pelos usuários, fortalecendo os mecanismos de escuta, transparência e melhoria contínua dos serviços prestados.

No período avaliado, foram registradas 50 manifestações na Ouvidoria interna da unidade, contemplando diferentes tipos de manifestações, sendo 23 elogios, 9 reclamações, 2 denúncias, 1 sugestão e 15 registros de outras classificações. Ressalta-se que todas as manifestações recebidas pela Ouvidoria interna são devidamente registradas e encaminhadas na prestação de contas da unidade, assegurando a transparência e o acompanhamento das demandas apresentadas pelos usuários.

Do total de 50 manifestações internas, 24 apresentavam identificação e endereço eletrônico que possibilitavam a devolutiva individualizada. Todas foram respondidas por meio do canal institucional oficial da Ouvidoria da UPA Mary Dota: ouvidoriaupamarydota@avantesocial.org.br. As demais manifestações, por não apresentarem identificação ou informações que possibilitassem o retorno ao usuário, foram mantidas nos registros e consideradas para acompanhamento e análise, conforme sua natureza.

Adicionalmente, foram recebidas 3 manifestações por meio do B-DOC, canal oficial de comunicação direta da Prefeitura Municipal de Bauru, sendo todas devidamente respondidas dentro do fluxo de atendimento estabelecido.

RESULTADO CONSOLIDADO DO INDICADOR – OUTUBRO/2026

Considerando conjuntamente as manifestações recebidas pelos canais interno e B-DOC, foram registradas 53 manifestações, das quais 27 apresentavam possibilidade de devolutiva formal ao usuário. Todas as 27 manifestações foram respondidas, correspondendo a uma taxa de tratativas de 100%, superando a meta institucional estabelecida de 85%.

O resultado demonstra desempenho satisfatório no processo de tratamento e devolutividade das manifestações, evidenciando o comprometimento da unidade com a escuta dos usuários e a adequada condução das demandas recebidas.

Por se tratar do primeiro mês de acompanhamento sistematizado do indicador, outubro será considerado como referência inicial para as próximas avaliações. Recomenda-se a continuidade do monitoramento mensal, com controle das manifestações recebidas, classificação por natureza, acompanhamento das demandas encaminhadas e registro das respostas realizadas, visando à manutenção do resultado alcançado e ao aprimoramento contínuo dos processos de Ouvidoria da UPA Mary Dota.

Melhorias a serem realizadas – Novembro /2026:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Manter o monitoramento mensal das manifestações recebidas, identificando aquelas que possuem canal de contato para devolutiva e acompanhando os prazos de resposta, visando à manutenção do percentual mínimo de 85% de tratativas.	mensal	Coordenação administrativa + Assistente administrativo
Realizar análise periódica das reclamações e denúncias recebidas, com encaminhamento aos setores responsáveis para avaliação e adoção de medidas corretivas, quando necessárias, visando à melhoria contínua dos serviços prestados.	mensal	Coordenação administrativa + Assistente administrativo

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 de execução de no mínimo uma ação educativa com foco na humanização da atenção a cada 04 (quatro) meses. **Efetividade das ações de Humanização do atendimento**	**Pontuação:** 0% a 99,9%: Meta Não alcançada >100%: Meta Alcançada 1 SIM: 25% 2 SIM: 50% 3 SIM: 75% 4 SIM: 100%

FONTE	META: 100%				
	RESULTADO	100,0%	PONTOS OBTIDOS		ALCANÇADA

PRODUÇÃO		
FÓRMULA	**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%
Iterm 3: Processo de Ouvidoria (fluxo, formulário, canal telefônico, e-mail)	SIM	100%

JUSTIFICATIVA
Item 1: Acolhimento com Classificação de Risco: Realizado classificação de risco apenas por enfermeiros, sendo aberto sempre uma segunda triagem quando necessário. **Item 2: PNH:** Instituído como protocolo institucional, onde serão realizados treinamentos semestrais. **Item 3: Ouvidoria:** Sendo realizado orientações de abertura pelos profissionais da instituição e encaminhamento ao serviço social.

Justificativa:

Item 1: Acolhimento com Classificação de Risco: Realizado classificação de risco apenas por enfermeiros, sendo aberto sempre uma segunda triagem quando necessário.

Item 2: PNH: Treinamento finalizado pelo serviço social atingindo o porcentual solicitado > 85% dos colaboradores.

Item 3: Ouvidoria: Sendo realizado orientações de abertura pelos profissionais da instituição e encaminhamento ao serviço social.

Ações de Melhorias:

- **Item 1 - Acolhimento com Classificação de Risco:** Realizar revisão do protocolo de classificação de risco; **PREVISÃO RECICLAGEM DEZEMBRO 2026.**

  Plano de ação: Agendar novo treinamento para dezembro de 2026, onde será revisado o documento e realizado uma reciclagem com os enfermeiros.

- **Item 2 - PNH: CONCLUIDO OUTUBRO 2026**

Foi realizado, no mês de referência, treinamento conduzido pela equipe do Serviço Social, com o objetivo de abranger todos os funcionários da unidade, promovendo a melhoria contínua das práticas de humanização, acolhimento e respeito no atendimento aos usuários, de forma direta e indireta.

Entregue lista de participação na prestação de contas de outubro de 2026. No período, foi possível capacitar aproximadamente >85% dos servidores da unidade..

- **Item 3 - Ouvidoria:** Manter orientação quanto a orientação dos pacientes a realizar ouvidorias quando sentir necessidade**. (PRAZO CONSTANTE)**



Indicador qualitativo: Comissões Obrigatórias e Conselho Gestor

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 anotar nom nominoãos Ifoniaos efetivamente implantadas e manter registro para cada uma, de acordo com a legislação vigente, onde 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 Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Núcleo Interno de Segurança; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA; Plano de Contingência para Atendimento de Múltiplas Vítimas; Conselho Gestor da Unidade.	**META: 100%**				
	RESULTADO:	**90,0%**	**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	PARCIAL	PARCIAL	PARCIAL	PARCIAL	PARCIAL	NÃO
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	SIM	SIM	SIM	SIM	100%

Comissão de Ética de Enfermagem: Realizado fiscalização pelo conselho de classe que levantou a necessidade de constituir a comissão na unidade, pois hoje possuímos 51 profissionais de enfermagem.

Ações de Melhorias:

Constituir comissão na unidade pela responsável técnica de enfermagem Marina Dias Ferreira, que se encontra em levantamento de todos os documentos necessários. Segue informações junto ao COREN/SP. **(prorrogado prazo para fevereiro de 2027, pela demanda exigida pelo conselho)**

Conselho Gestor da Unidade: Sendo realizado conforme cronograma e apresentado na prestação de conta com as atas de reunião realizadas.

Ações de Melhorias:

- Realizar reuniões conforme cronograma e apresentar as gestoras em prestação de conta mensais.

3. OUVIDORIA

Análise Crítica – Ouvidoria da Unidade

Durante o período analisado, foram registradas **50 manifestações físicas de ouvidoria** na unidade, distribuídas em:

- **1 Sugestões.**
- **38 elogios**.
- **9 reclamações**.
- **2 denúncias**.

Foram realizados devolutivas aos usuários em 24 ocasiões: Sendo 16 elogios, 7 reclamações, 1 denúncias, onde os pacientes se identificaram e colocaram e-mail de contato.

Além disso, foram registradas **3 notificações no canal da Prefeitura (B-DOC), todas resposndidas.**

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 não respondidas quando usuário se identifica. 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.

4. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários foi implantada de forma definitiva em agosto de 2025 e, desde então, vem sendo continuamente aprimorada quanto à sua metodologia de aplicação, buscando ampliar a participação dos usuários e qualificar as informações obtidas para subsidiar ações de melhoria da assistência e dos serviços prestados.

Atualmente, a unidade realiza a pesquisa de satisfação por meio de duas modalidades, contemplando diferentes perfis de atendimento:

4.1 Pacientes atendidos na porta de entrada da unidade

A pesquisa é aplicada pela equipe da Recepção aos pacientes atendidos na porta, ou seja, que são atendidos e recebem alta para o domicílio e/ou permanecem por período inferior a seis horas. No mês de junho de 2026, foram realizadas 248 avaliações, sendo estas utilizadas para composição do **Indicador de Pesquisa de Satisfação** apresentado na prestação de contas.

Os usuários avaliam diversos aspectos relacionados ao atendimento prestado, incluindo recepção, portaria, classificação de risco, atendimento médico, assistência de enfermagem, limpeza, estrutura física e percepção geral da qualidade dos serviços oferecidos.

4.2 Pacientes em observação por período superior a 6 horas

Com o objetivo de compreender de forma mais aprofundada a experiência dos pacientes que permanecem por tempo prolongado na unidade, foi implantado um projeto específico de pesquisa de satisfação, conduzido pela equipe do Serviço Social.

A pesquisa é aplicada aos pacientes que permanecem em observação por período superior a seis horas, buscando identificar oportunidades de melhoria relacionadas à assistência, ao acolhimento e às condições de permanência durante o período de observação, especialmente para aqueles que aguardam transferência para serviços de maior complexidade.

No mês de outubro de 2026, foram realizadas 112 pesquisas, de um total de 112 pacientes elegíveis, alcançando uma cobertura de 100% desse público.

O instrumento de avaliação contempla os seguintes aspectos:

- Identificação do paciente;
- Estrutura e ambiente da unidade, incluindo limpeza e higiene, mobiliário (camas, poltronas e mesa de refeição), temperatura, iluminação e sinalização;
- Atendimento do Serviço Social, considerando acolhimento, humanização e clareza das orientações fornecidas;
- Assistência de Enfermagem, avaliando acolhimento, realização de procedimentos, atendimento às necessidades do paciente e segurança dos cuidados prestados;
- Serviço de Nutrição, incluindo qualidade, quantidade, temperatura e apresentação das refeições, bem como orientações nutricionais;
- Atendimento Médico, contemplando escuta qualificada, esclarecimento do diagnóstico, acolhimento e condutas adotadas;
- Registro de interesse em encaminhamento para a Ouvidoria;
- Espaço destinado a sugestões, elogios e oportunidades de melhoria.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa são consolidadas em relatório mensal elaborado pelo Serviço Social e encaminhadas à Coordenação da unidade, subsidiando o monitoramento contínuo da qualidade assistencial e o planejamento de ações voltadas à humanização do cuidado e ao aprimoramento dos processos de trabalho.

Observa-se uma queda acentuada em relação ao quantitativo de pesquisa realizada pelo serviço, foi observado que no período ficamos sem uma profissional, até a reposição e prática da nova colaboradora, sendo que essa pesquisa ocorre no plantão noturno. Foi orientado da necessidade de abrangência maior da pesquisa, para melhora do plano de ação.

5. PRODUTIVIDADE DE AVALIAÇÕES DA NUTRICIONISTA E DAS ASSISTENTE SOCIAIS

5.1 Nutricionista

A atuação da nutricionista clínica é fundamental na assistência aos pacientes que permanecem internados na UPA enquanto aguardam transferência para uma instituição de referência. Sua avaliação precoce permite identificar riscos nutricionais, adequar a terapia alimentar às condições clínicas de cada paciente e contribuir para a manutenção do estado nutricional durante o período de permanência na unidade.

Além do planejamento e acompanhamento da alimentação, a nutricionista monitora a aceitação das dietas, realiza intervenções quando necessário, orienta pacientes e familiares e atua de forma integrada com a equipe multiprofissional, contribuindo para uma assistência mais segura, humanizada e individualizada.

A presença desse profissional favorece a prevenção de complicações relacionadas ao estado nutricional, auxilia na recuperação clínica, promove maior conforto ao paciente durante a internação e fortalece a continuidade do cuidado até sua transferência para um serviço de maior complexidade, garantindo qualidade assistencial e maior resolutividade no atendimento prestado pela unidade.

A nutricionista realiza levantamento mensal dos atendimentos efetuados, totalizando 96 avaliações no período.

Os pacientes avaliados são aqueles que permanecem em observação por período superior a seis horas. Todos são acompanhados diariamente pela equipe de Nutrição, com registro da evolução clínica e nutricional tanto no prontuário físico quanto no sistema MV, garantindo a continuidade, segurança e rastreabilidade das informações.

No mês em análise, observou-se uma melhora em relação as avaliações, pois esse levantamento foi realizado de forma manual pela nutricionista. O novo sistema MV SOUL não disponibiliza, atualmente,

a extração dessas informações de forma automatizada. A situação já foi sinalizada ao consultor Fabio que está realizando acompanhamento do chamado junto ao MV para inclusão/adequação dessa funcionalidade para possibilitar a obtenção dos dados de maneira mais ágil e confiável.

Ressalta-se que foi observado que a nutricionista passa visitas diárias, muitas vezes repetidas pelo mesmo paciente que permanece internado há mais de 24hrs, sendo assim foi visto a necessidade de contabilizar essas avaliações de forma individual, mas a cada 24hrs, registradas no prontuário do paciente diariamente. ainda que o levantamento atual considera cada paciente de forma individual, sem duplicidade de registros.

5.2 Serviço Social

O Serviço Social desempenha papel fundamental na assistência aos pacientes que permanecem internados na UPA aguardando transferência para uma unidade de referência. Sua atuação envolve o acolhimento humanizado, a identificação das vulnerabilidades sociais, o suporte aos pacientes e familiares, a orientação quanto aos direitos e deveres dos usuários e a articulação com a Rede de Atenção à Saúde para garantir a continuidade do cuidado.

Integrado à equipe multiprofissional, o assistente social contribui para a qualificação da assistência, fortalecimento do cuidado humanizado e maior resolutividade no processo de atendimento e transferência dos pacientes.

Durante o mês de referência, foram registradas 1.082 consultas pelo Serviço Social, abrangendo todos os casos pertinentes à atuação do setor.

Os dados foram disponibilizados pelo consultor do MV Fábio, que teve que fazer a extração do sistema, pois não possuo acesso a esses dados, o mesmo relata que está empenhado em resolver tal situação para levantamento de dados de forma que a coordenação da unidade consiga extrair do sistema.

Observa-se uma mudança importante das demandas do serviço social, hoje os atendimentos acontecem de forma espontânea pelo usuário que procura a unidade para consulta com o serviço, encaminhamento do médico que atendeu o paciente e necessita de acompanhamento do serviço social e as visitas que ocorrem diariamente na enfermaria/observação, onde elas realizam visitas e avaliam necessidades sociais dos pacientes que encontram-se internados na unidade aguardando transferência para centro de referência.

Ressalta-se que a unidade mantém a presença de Assistente Social 24 horas por dia, garantindo a oferta de assistência social de forma integral, contínua e ininterrupta aos pacientes, independentemente das oscilações observadas nos dados extraídos do sistema.

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

6.1 Engenharia Clínica

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.

6.2 Gerador

Segue laudo da manutenção preventiva do grupo gerador do **mês de outubro de 2026**, fornecido pela empresa terceirizada. Equipamento em bom funcionamento conforme laudo;

6.3 Refrigeradores

O Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) atualizado mensalmente, 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 CO_2 e contaminantes);
- Garantia de **eficiência energética** e **prolongamento da vida útil dos equipamentos**;
- Cumprimento das exigências legais e normativas de vigilância sanitária.

A unidade possui **16 novos aparelhos de ar-condicionado e 2 cortinas de ar**, que foram entregues pela prefeitura no ano de 2025.

Foram instalados 7 novos aparelhos de ar condicionado de forma emergencial em dezembro de 2025. Estamos em fase de programação de instalação dos outros aparelhos na unidade.

6.4 Limpeza

A empresa terceirizada responsável pelos serviços de limpeza na UPA executa suas atividades de forma integral, em conformidade com as diretrizes estabelecidas no contrato vigente firmado com a instituição responsável pela administração da unidade. As rotinas de higienização, incluindo as limpezas

concorrentes e terminais, são realizadas regularmente, seguindo os protocolos institucionais e as normas sanitárias aplicáveis. Ressalta-se que toda a execução dessas atividades é devidamente registrada, havendo na unidade documentos comprobatórios que evidenciam a realização e o controle das limpezas efetuadas.

6.5 RH e DP

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.

Tivemos 05 contratações e 5 desligamentos. Anexamos os TRCT e os relatórios funcionais das justificativas e motivos do encerramento de contrato.

6.6 MANUTENÇÃO

As atividades de manutenção predial são executadas por profissional contratado pela Avante Social, na função de Oficial de Manutenção, cuja atuação tem se mostrado fundamental para a conservação da estrutura física, a segurança dos ambientes e a continuidade dos serviços prestados pela unidade.

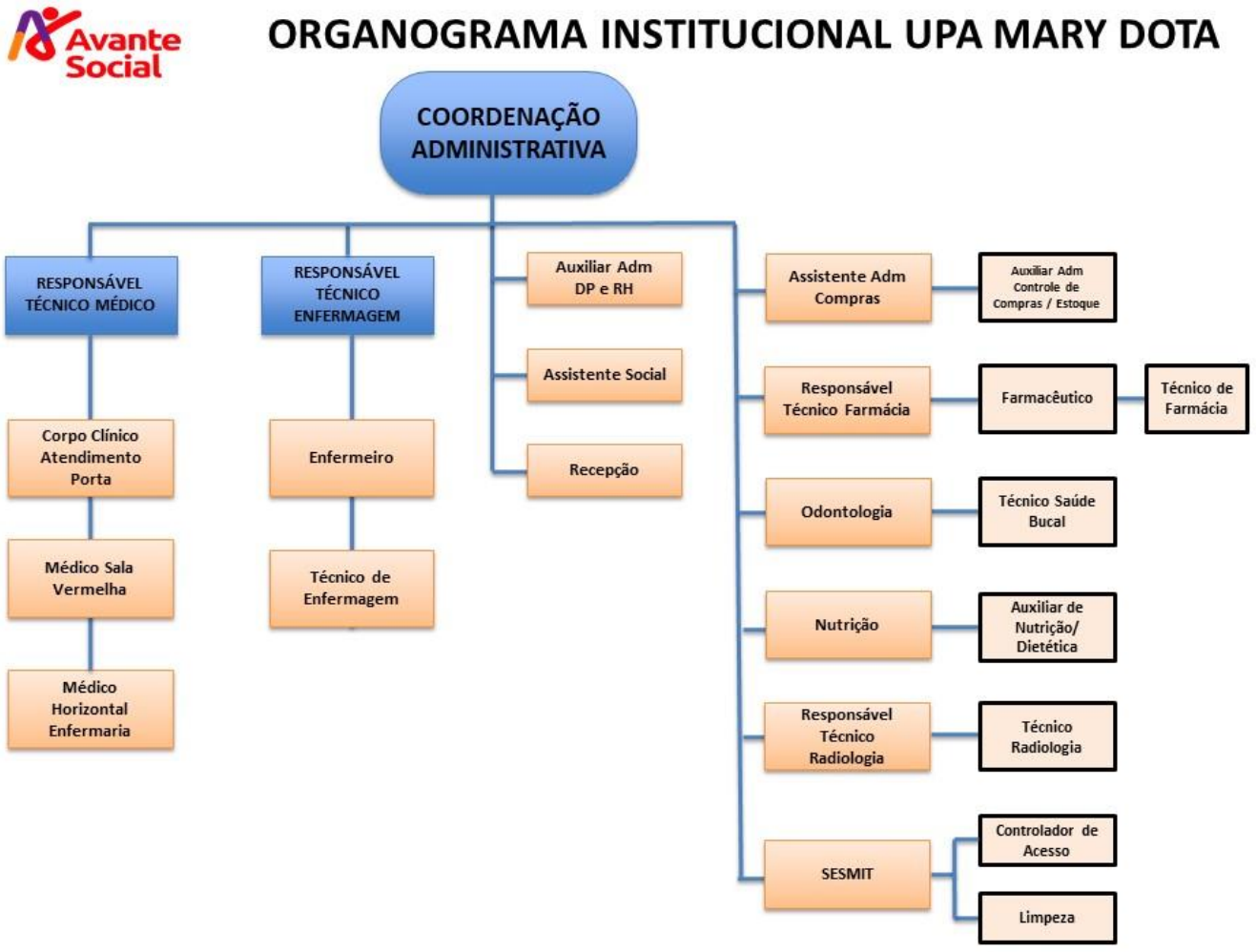
Realizado tal comprovação da eficiência com a apresentação das ordens de serviços realizados no período em anexo.

A presença de um profissional fixo na unidade, com conhecimento técnico e familiaridade com os processos internos, possibilita a identificação precoce de problemas, a realização de manutenções corretivas e preventivas em tempo oportuno e a redução do tempo de resposta às demandas assistenciais e administrativas. Essa atuação contribui diretamente para a preservação do patrimônio público, para a melhoria das condições de trabalho das equipes e para a oferta de um ambiente mais seguro e adequado aos usuários.

Dessa forma, os resultados evidenciam a eficácia e a importância da manutenção de um Oficial de Manutenção atuando de forma permanente na unidade, garantindo maior resolutividade, eficiência operacional e suporte contínuo às necessidades estruturais do serviço.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segue a estrutura hierárquica da unidade, a fim de otimizar os recursos e serviços, melhorando o fluxo e compreensão dos colaboradores quanto a responsabilidades:

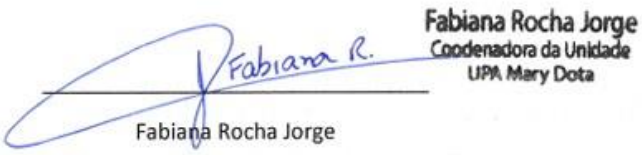


Encontramos em constante melhorias continua da unidade com o intuito de melhorar a assistência prestada os usuários, sempre pensando na humanização e segurança do paciente.

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, 11 de novembro de 2026



Fabiana Rocha Jorge

Coordenadora Administrativa da Unidade UPA Mary Dota / Bauru - SP