

Santos, 02 de julho de 2026.

ERRATA

Eu, **Eloisa Galasso**, atual Presidente da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, usando das atribuições a mim designada, venho através deste instrumento, **retificar** ata da reunião da comissão de acompanhamento e fiscalização da reunião realizada no dia 19 de junho de 2026, às 09:30 horas, no Auditório da Escola da Saúde.

Onde se lê:

Indicador 9: Endoscopia 680 (100%)

Leia-se:

Indicador 9: Endoscopia 1000 (100%)

Onde se lê:

Indicador 14: Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)

Janeiro: 09, Fevereiro: 09, Março: 09, Abril: 09

Total: 36

Leia-se:

Indicador 14: Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)

Janeiro: 09, Fevereiro: 07, Março: 09, Abril: 11

Total: 36

Onde se lê:

Indicador 14: Número Arteriografias

Janeiro: 09, Fevereiro: 09, Março: 09, Abril: 09

Total: 36

Leia-se:

Indicador 14: Número Arteriografias

Janeiro: 09, Fevereiro: 11, Março: 09, Abril: 15

Total: 44

Onde se lê:

Indicador 15: Cirurgias de Endometriose

Janeiro: 04, Fevereiro: 04, Março: 04, Abril: 04

Total: 16

Leia-se:

Indicador 15: Cirurgias de Endometriose

Janeiro: 06, Fevereiro: 05, Março: 04, Abril: 04

Total: 19



Saúde

**SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTOS
GABINETE DO SECRETÁRIO
SECOND
CAF**

Onde se lê:

Indicador 17.1: Classificação de Risco

Janeiro classificação Verde: Foz do Iguaçu: 1 (10%)

Leia-se:

Indicador 17.1: Classificação de Risco

Janeiro classificação Verde: Foz do Iguaçu: 1 (0,10%)

Onde se lê:

Indicador 18: Tempo de Resposta para Resultado de Exames Laboratoriais no Pronto Atendimento Obstétrico

Março: Total de exames laboratoriais: 1386 / Tempo médio de liberação: 00:39:58

Leia-se:

Indicador 18: Tempo de Resposta para Resultado de Exames Laboratoriais no Pronto Atendimento Obstétrico

Março: Total de exames laboratoriais: 1386 / Tempo médio de liberação: 00:39:58

Total de exames imagem: 02 / Tempo médio de liberação: 00:15:00

Abril: Total de exames laboratoriais: 1080 / Tempo médio de liberação: 00:41:01

Total de exames imagem: 08 / Tempo médio de liberação: 00:44:23

**ELOISA FRAGA LOPES GALASSO
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO**

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022

OBJETO: AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 167857/2025 (QUINTO ADITAMENTO DO CONTRATO Nº 104/2022) PARA O GERENCIAMENTO DO COMPLEXO HOSPITALAR DOS ESTIVADORES (CHE), DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – AVALIAÇÃO QUADRIMESTRAL DO ALCANCE DE METAS E RESULTADOS DOS INDICADORES DO POA – REFERENTE AOS MESES JANEIRO, FEVEREIRO, MARÇO E ABRIL DE 2026 (1º QUADRIMESTRE).

No dia 19 de junho de 2026, às 09:30 horas, no Auditório da Escola da Saúde, no endereço Rua Amador Bueno nº 333 – 4º andar, presentes os membros da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, subscritores da lista anexa. Dando início aos trabalhos, a Sra. Lavínia Panta Fernandez relata que a presente reunião tem como escopo realizar a avaliação quadrimestral do POA, referente aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril de 2026, conforme segue:

INDICADORES DE DESEMPENHO QUALITATIVOS				
Nº	INDICADORES	AÇÃO	META/PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
1	COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO	Executar ações da Comissão de Humanização de acordo com a política nacional de humanização do SUS.	1º e 2º Quadrimestre: Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) elaborados e apresentados pela Instituição. 3º Quadrimestre: Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) elaborados e apresentados pela Instituição Apresentar: Cronograma, Composição dos membros, Regimento, Calendário a ser executado no ano seguinte. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório / Ata quadrimestral das ações desenvolvidas apresentada pelo CHE, anexando fotos, lista de presença, dentre outros.

Apresentado pela instituição Plano Institucional de Humanização com relatórios de atividades previstas e realizadas.
Ações Realizadas:

Janeiro: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: 01; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: 02 com 21 gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: 03. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: 01.

Fevereiro: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: 01; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: 02 com 22 gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria -

Quantidade de ações realizadas: 01; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Realização de visita programada de Cáioterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: 02; Realização de Culto

Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: 04. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: 01.

Março: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: 01; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: 03 com 22 gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ação realizada: 01; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: 05. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: 01.

Abril: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: 01; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: 03 com 18 gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 02; Realização de visita programada de Cáioterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: 01; Treinamento do projeto por dentro da lei Nº 15.126/2025 - Quantidade de ações realizadas: 01 com 30 colaboradores participantes; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: 01. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: 01.

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

2	SERVIÇO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	Realizar pesquisa de satisfação do usuário garantindo amostragem de no mínimo 4% do número total de atendimento/mês.	1º Quadrimestre Apresentar ferramentas de avaliação de satisfação do usuário, a ser aplicado na unidade, e relatório consolidado, mantendo como meta a média quadrimestral de 90% de satisfação. Apresentar o relatório global consolidado com todos os itens das ferramentas. 2º e 3º Quadrimestres:	Relatório estratificado e detalhado dos dados resultantes do instrumento, mês a mês apresentados pela Instituição. E subscritos por 2 representantes legais
---	--	--	--	---

			Apresentar o relatório consolidado, mantendo como meta a média quadrimestral de 90% de satisfação. Apresentar o relatório global consolidado com todos os itens das ferramentas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	
A instituição apresentou os seguintes dados: Janeiro: Número de pacientes atendidos: 7454; Número de pesquisas aferidas: 487 (6,53%); Índice de Satisfação: 96,22%; Fevereiro: Número de pacientes atendidos: 7032; Número de pesquisas aferidas: 470 (6,68%); Índice de Satisfação: 96,42%; Março: Número de pacientes atendidos: 8303; Número de pesquisas aferidas: 651 (7,84%); Índice de Satisfação: 96,35%; Abril: Número de pacientes atendidos: 7116; Número de pesquisas aferidas: 571 (8,02%); Índice de Satisfação: 96,16 %; Número total de pesquisas aferidas: 2179 (7,27%) Média do Quadrimestre: 96,29% Considerações/sugestões: Sem considerações. AValiação DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.				
3	SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO	Manter o serviço de atendimento ao usuário durante as 24 horas de funcionamento da unidade	1º, 2º e 3º Quadrimestres: Responder 95% das queixas/elogios recebidas em até 72h. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Abaixo de 100% da meta não pontua.	Relatório mensal constando os tipos de queixas/elogios, agrupados nos seguintes: tempo de espera, ambiência, higiene, relação profissionais X clientes, assistência e outros apresentados pela Unidade, incluso data/hora de abertura, identificação do assunto e devolutiva ofertada ao usuário com data/hora.

A instituição apresentou os seguintes dados:

Janeiro: Foram realizados 15 registros, sendo pontuados:

5 elogios e 10 reclamações, todos respondidos dentro do prazo, com tempo médio de resposta de 07:13:20

Fevereiro: Foram realizados 12 registros, sendo pontuados:

7 elogios e 5 reclamações, todos respondidos dentro do prazo, com tempo médio de resposta de 20:29:05

Março: Foram realizados 19 registros, sendo pontuados:

4 elogios e 15 reclamações, todos respondidos dentro do prazo, com tempo médio de resposta de 12:53:57

Abril: Foram realizados 13 registros, sendo pontuados:

0 elogio e 13 reclamações, todos respondidos dentro do prazo, com tempo médio de resposta de 13:20:060

Total de manifestações: 59

Sendo respondidos dentro das 72 horas preconizada: 59 – 100,00%.

Fora do prazo: 0 – 0,00%.

Considerações/sugestões: Maior incidência de reclamações relacionada ao Serviço de Nutrição (atraso/ausência na entrega de dietas, qualidade e troca de dietas), com notificação à empresa terceirizada responsável e plano de ação em curso para mitigação.

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

4	ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	Executar ações na área de Educação Permanente.	1º e 2º quadrimestre: Realizar 100 % das atividades programadas para o período, lista de presença e cronograma das ações do quadrimestre, apresentados pela Instituição. 3º quadrimestre: Realizar 100 % das atividades programadas para o período, lista de presença e cronograma das ações do quadrimestre, apresentados pela Instituição. Elaborar o plano anual das atividades relativas a Educação Permanente contemplando ações voltadas a educação continuada de todas as categorias e revisão de processos de trabalho para o ano seguinte. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Plano de trabalho executado de acordo com o calendário das atividades realizadas no período e lista de presença apresentados pela Instituição.
---	--	--	--	--

Apresentado o plano de Educação Permanente para o exercício de 2026, detalhando a metodologia empregada nos macros temas de treinamentos e desenvolvimento de pessoal. A execução do cronograma planejado deu-se na totalidade nesse quadrimestre. A quantidade de turmas e total de participantes treinados nos temas segue consolidado abaixo:

Número de colaboradores treinados x Número de treinamentos aplicados - Índice de treinamento (Hora x Homem)

Janeiro: Número de colaboradores treinados: 225; Número de treinamentos aplicados: 32 – Índice: **0,71**

Fevereiro: Número de colaboradores treinados: 167; Número de treinamentos aplicados: 21 – Índice: **0,44**

Março: Número de colaboradores treinados: 297; Número de treinamentos aplicados: 31 – Índice: **1,53**

Abril: Número de colaboradores treinados: 552; Número de treinamentos aplicados: 23 – Índice: **1,30**

Média do Quadrimestre: Número de colaboradores treinados: 1241; Número de treinamentos aplicados: 107 – Índice: **0,99**

Média do Quadrimestre: Número de colaboradores treinados: 1.241; Número de treinamentos aplicados: 107 – Índice: **0,99**

Considerações/sugestões: Sem considerações.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 Pontos.

5	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	5.1 Demonstrar tempo de resposta da solicitação de vagas hospitalares municipais.	1º, 2º e 3º Quadrimestre: Manter tempo resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora. Pontuação: Respondeu acima de 90% da solicitação em até 1 (uma) hora, 20 pontos. Respondeu entre 89% e 80% da solicitação em até 1 (uma) hora, 10 pontos. Abaixo de 80%, não pontua	Relatório emitido pelo Dereg/SMS.
		5.2 Disponibilizar leitos de internação para a Central de Regulação Municipal conforme pactuação.	1º, 2º e 3º quadrimestre: Encaminhar diariamente censo com distribuição de leitos ocupados e disponíveis para a Central de Regulação de Vagas Municipal. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos Atingiu entre 99% e 90% da meta, 10 pontos. Abaixo de 90%, não pontua.	Relatório emitido pelo Dereg/SMS.
		5.3 Garantir o armazenamento	1º, 2º e 3º quadrimestre: Registrar 100% do atendimento no sistema INTEGRA SAÚDE	Relatório emitido pela Unidade e ratificado pelo

(Assinaturas manuais)

		das informações em prontuário eletrônico.	Pontuação: Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 90% da meta, 10 pontos. Abaixo de 90%, não pontua	DEREG/SMS, através de consulta ao sistema INTEGRA SAÚDE.		
		5.4 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.	1º, 2º e 3º quadrimestre: Realizar as saídas hospitalares estratificados por Alojamento Conjunto e Gestão de Alto Risco como se segue: <table><tr><td>Clínica Obstétrica</td><td>Até 1.080</td></tr></table> Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Clínica Obstétrica	Até 1.080	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS
Clínica Obstétrica	Até 1.080					
		5.5 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.	1º, 2º e 3º quadrimestre: Realizar as saídas hospitalares como se segue: <table><tr><td>Clínica Médica</td><td>812</td></tr></table> Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Clínica Médica	812	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.
Clínica Médica	812					
		5.6 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.	1º, 2º e 3º Quadrimestre: Realizar as saídas hospitalares como se segue: como se segue: <table><tr><td>Clínica Cirúrgica Eletiva</td><td>540</td></tr></table> Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Clínica Cirúrgica Eletiva	540	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.
Clínica Cirúrgica Eletiva	540					

5.1 Foram apresentados os seguintes dados pelo Instituição:

Janeiro: 00:18:50
Fevereiro: 00:16:23
Março: 00:17:39
Abril: 00:20:46

Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora = média do quadrimestre: 00:18:24

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

5.2 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Janeiro: 100%, **Fevereiro:** 100%, **Março:** 100%, **Abril:** 100%

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

5.3 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Janeiro: 100%, **Fevereiro:** 100%, **Março:** 100%, **Abril:** 100%

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

5.4 Foram apresentados os seguintes dados relatório pelo Dereg.

Clínica Obstétrica

Janeiro: 293, **Fevereiro:** 286, **Março:** 283, **Abril:** 294

Total: 1.156

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

5.5 Foram apresentados os seguintes dados relatório pelo Dereg.

Clínica Médica:

Janeiro: 233, **Fevereiro:** 219, **Março:** 224, **Abril:** 218

Total: 894

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

5.6 Foram apresentados os seguintes dados relatório pelo Dereg.

Clínica Cirúrgica Eletiva:

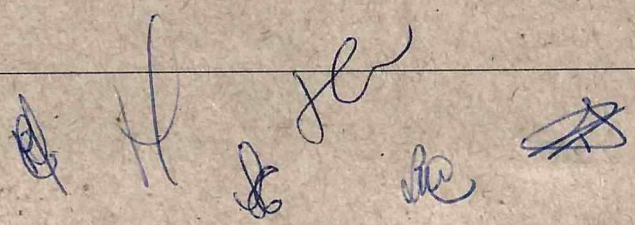
Janeiro: 168, **Fevereiro:** 155, **Março:** 156, **Abril:** 148

Total: 627

***Total de saídas:** 627

Total de saídas pactuadas: 540

Considerações/sugestões: Sem considerações.



AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento total aos indicadores.
TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 125 PONTOS

6	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO	Manter a Comissão de Revisão de Prontuário em funcionamento, com amostragem de no mínimo 5% da produção do quadrimestre.	1º e 2º, quadrimestre: Apresentar: Cronograma do quadrimestre, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas e critérios utilizados (subscritos por 2 representantes legais) 3º, quadrimestre: Apresentar: Cronograma do quadrimestre, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas e critérios utilizados (subscritos por 2 representantes legais) e ações a serem desenvolvidas no ano seguinte. Avaliar 100% da amostragem de no mínimo 5% da produção mensal e apresentar 85% dos resultados positivos, juntamente com as respectivas atas de reunião e relatórios Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório mensal emitido pela Unidade, incluindo Atas das Reuniões.
---	--	--	--	---

A instituição apresentou os seguintes dados:

Janeiro: Total de prontuários analisados 114 (5,06%); índice de resultados positivos: 92,73%;
Fevereiro: Total de prontuários analisados 110 (5,08%); índice de resultados positivos: 93,66%;
Março: Total de prontuários analisados 135 (5,40%); índice de resultados positivos: 93,66%;
Abril: Total de prontuários analisados 122 (5,84%); índice de resultados positivos: 93,13%;

Total: Total de prontuários analisados 481 (5,34%); índice de resultados positivos: 93,29%;

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

7	COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO	Manter a comissão de revisão de óbito em funcionamento, analisando 100% dos prontuários de óbitos, apontando sugestões para a melhoria da qualidade do prontuário médico e do preenchimento do Atestado de óbito e eventuais inconsistências	1º e 2º Quadrimestre: Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais). 3º Quadrimestre: Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, e ações a serem desenvolvidas no ano seguinte. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório mensal emitido pela Unidade respeitando o exigido no Quadrimestre, incluindo Atas das Reuniões, e relatórios das ações desenvolvidas.
Avaliados 100% dos prontuários de óbitos conforme relatório com os seguintes números: Janeiro: Adulto – 20; Neonatal– 0; Fetal – 2 – Total de Óbitos - 22 - 100,00% analisados Fevereiro: Adulto – 26; Neonatal– 2; Fetal – 3 – Total de Óbitos - 31 - 100,00% analisados Março: Adulto – 14; Neonatal– 1; Fetal – 4 – Total de Óbitos - 19 - 100,00% analisados Abril: Adulto – 15; Neonatal– 2; Fetal – 1 – Total de Óbitos - 18 - 100,00% analisados Total: Adulto – 75; Neonatal– 5; Fetal – 10 – Total de Óbitos - 90 - 100,00% analisados Considerações/sugestões: Sem considerações. AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.				
8	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)	Apresentar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em funcionamento e de acordo com a legislação em vigor, mantendo a taxa de Infecção Hospitalar em até 2%.	1º e 2º Quadrimestre: Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões, resultado dos indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) 3º Quadrimestre: Apresentar: atas das reuniões, resultado dos	Relatório mensal respeitando o exigido no Quadrimestre, emitido pela Unidade, incluindo Atas das Reuniões e relatório das ações desenvolvidas.

[Handwritten signatures and initials]

			indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais). Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, e ações a serem desenvolvidas no ano seguinte. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	
--	--	--	--	--

Apresentada as Atas das reuniões e as informações transmitidas a Vigilância conforme estipulado pelo indicador.

Janeiro: 0,38%, **Fevereiro:** 0,14%, **Março:** 0,25%, **Abril:** 0,26%

Média: 0,26%

Nota: abril – relatório parcial em virtude de as infecções de sítio cirúrgico serem contabilizadas em até 30 dias de vigilância pós cirúrgica.

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.

INDICADORES DE DESEMPENHO QUANTITATIVO

			1º, 2º e 3º Quadrimestre	
			<u>Ofertar 100% das metas quantitativas por exames pactuados:</u>	
9	SADT EXTERNO	Disponibilizar agenda de SADT pactuado. Estratificado Município/Estado SISREG/CROSS (SIRESP).	USG SISREG: 5568 CROSS (SIRESP): 0	7.168
			ECO / Doppler SISREG: 2600 CROSS (SIRESP): 0	2.600
			Tomografia SISREG: 5.440 CROSS(SIRESP):480	5.920
			Relatório emitido pelo Dereg/SMS, dos exames regulados pela Municipalidade e Relatório da Instituição apontando a	

[Handwritten signatures and initials]

			Endoscopia: SISREG: 680 CROSS(SIRESP):3 20	1.000	produção destinada ao CROSS (SIRESP) Estado.
			Colonoscopia: SISREG: 540 CROSS(SIRESP): 160	700	
			Broncoscopia: SISREG: 44 CROSS(SIRESP): 28	72	
			Mamografias SISREG: 5280 CROSS (SIRESP): 0	5.280	
			Raio X SISREG: 2400 CROSS (SIRESP): 0	2.400	
Total de exames efetuados:					
Janeiro: USG: 1.830, ECO/DOPPLER: 707, Endoscopia: 247, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320 Total: 6.377.					
Fevereiro: USG: 1.731, ECO/DOPPLER: 634, Endoscopia: 225, Colonoscopia: 176, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320. Total: 6.184.					
Março: USG: 2.142, ECO/DOPPLER: 729, Endoscopia: 276, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320. Total: 6.740.					
Abril: USG: 1.562, ECO/DOPPLER: 572, Endoscopia: 252, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320. Total: 6.079.					

Total quadrimestre:
USG: 7.265 (101%)
ECO/DOPLER: 2.742 (105%)
Endoscopia: 680 (100%)
Colonoscopia: 701 (100%)
Broncoscopia: 72 (100%)
Tomografia: 5.920 (100%)
Mamografia: 5.280 (100%)
Raio X: 2.400 (100%)

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 80 PONTOS.

10	TAXAS HOSPITALARES	10.1 Taxa de Ocupação UTI Adulto. Estratificado Município/Estado SISREG/CROSS (SIRESP).	Manter Taxa de Ocupação de leitos da UTI Adulto igual ou superior a 85%, na média quadrimestral. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua	Relatório emitido pelo Dereg/SMS com extração dos sistemas oficiais. E Relatório da Instituição demonstrando a ocupação dos leitos regulados pelo CROSS (SIRESP) Estado.		
		10.2 Taxa de Ocupação Hospitalar – TOH.	Manter a TOH da clínica Médica igual ou superior a 85%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição com estratificação dos sistemas oficiais.		
		10.3 Tempo Médio de Permanência – TMP.	Manter TMP da: <table><tr><td>Clínica Obstétrica</td><td>Até 04 dias</td></tr><tr><td>Clínica Médica (estratificando e excluindo os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).</td><td>Até 09 dias</td></tr></table>	Clínica Obstétrica	Até 04 dias	Clínica Médica (estratificando e excluindo os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).
Clínica Obstétrica	Até 04 dias					
Clínica Médica (estratificando e excluindo os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).	Até 09 dias					

[Handwritten signatures and initials]

		Clínica Cirúrgica Até 03 dias Apresentar demonstrativos diferenciados dos leitos regulados pelo SISREG e pelo CROSS. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	
	10.4 Taxa de Mortalidade Hospitalar – TMH.	Manter a TMH inferior a 4,5%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.
	10.5 Taxa de Mortalidade Institucional – TMI.	Manter a TMI inferior a 4%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.
	10.6 Taxa de Reinternação pelo mesmo diagnóstico, em 30 dias.	Manter a TR inferior a 5%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

			10.7.1 Manter a TPC inferior a 35% em relação ao número total de partos, excetuando as indicações cesarianas no cumprimento da Lei Estadual 17137/2019 devidamente comprovada conforme regulamentação da Lei. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório de procedimentos realizados através do Dereg/SMS, incluindo apresentação de "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" das parturientes, apresentado pela Instituição, com os pré-requisitos legais atendidos e apresentar relatório com Classificação de Robson de I a IV excetuando as cesáreas a pedido.
		10.7 Taxa de Parto Cesário – TPC.	10.7.2 Apresentar 100% de CID secundário nas AIH de parto cesáreo. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório informado através do Dereg/SMS.

10.1 – Taxa de Ocupação UTI Adulto – Dados Dereg

Janeiro: número de pacientes dia: 310; número de leitos dia: 292 – porcentagem por mês: 94,19%

Fevereiro: número de pacientes dia: 280; número de leitos dia: 262 – porcentagem por mês: 93,57%

Março: número de pacientes dia: 310; número de leitos dia: 287 – porcentagem por mês: 92,58%

Abril: número de pacientes dia: 300; número de leitos dia: 283 – porcentagem por mês: 94,33%

Total: número de pacientes dia: 1.200; número de leitos dia: 1.124 – porcentagem no quadrimestre: 93,67%

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador

PONTUAÇÃO: 40 PONTOS.

10.2 – Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH

Clínica Médica

Janeiro: CROSS: 85,68%; SISREG: 92,25%. Total: 89,62%

Fevereiro: CROSS: 82,18%; SISREG: 96,48%. Total: 90,62%

Março: CROSS: 79,41%; SISREG: 98,63%. Total: 90,93%

Abril: CROSS: 82,74%; SISREG: 94,77%. Total: 89,99%

[Handwritten signatures and initials]

Média do Quadrimestre: CROSS: 82,50%; SISREG: 95,53%. Total: 90,29%

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

Avaliação do Indicador: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador
PONTUAÇÃO: 25 PONTOS

10.3 – Tempo Médio de Permanência - TMP

Clínica Obstétrica

Janeiro: 3,29; Fevereiro: 3,41; Março: 3,28; Abril: 3,59.

Média: 3,39.

Clínica Médica

Janeiro: 8,59; Fevereiro: 9,77; Março: 9,69; Abril: 9,25

Média: 9,33

Clínica Médica- Sem os Casos Sociais

Janeiro: 7,03; Fevereiro: 8,10; Março: 7,75; Abril: 8,06

Média: 7,74

Clínica Médica - Sem os Casos Sociais e as Colonoscopia

Janeiro: 12,47; Fevereiro: 11,16; Março: 11,22; Abril: 13,43

Média: 12,07

Clínica Cirúrgica

Janeiro: 1,78; Fevereiro: 1,77; Março: 1,92; Abril: 1,63

Média: 1,78

O quadrimestre atual mantém a tendência apontada no 2º e 3º quadrimestres de 2025 em relação à Clínica Obstétrica: o Tempo Médio de Permanência nas internações para atendimento às patologias obstétricas mantém-se na casa dos 7 dias (média 7,11), impulsionado pelo resultado do mês de abril (9,88 dias). A avaliação do resultado global da intervenção mantém-se efetiva. Das causas de internação, destaque para necessidade de intervenção precoce durante o pré-natal, com identificação de risco e manejo ambulatorial para evitar internação nos casos de Síndromes Hipertensivas, Infecções Urinárias e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Na Clínica Médica, manutenção do perfil apresentado no ano de 2025: predominância de idosos com doenças crônicas, comorbidades e poli morbididades, necessidade de cuidados específicos, casos de cuidados paliativos. A evolução do trabalho em rede, com a oportunidade de transferência dos casos sociais para outros pontos de assistência, de acordo com o perfil e necessidade, mantém sua efetividade. Em relação à gravidade dos casos, relatada em períodos pretéritos, a ocorrência essencial foi caracterizada pelo ingresso na unidade de clínica médica mediante ausência de condição crítica durante o pedido de vaga, assim, o paciente ingressa e necessita de transferência para UTI. Os pacientes não municipais são os que reforçam a tendência.

Ainda em relação a esse indicador, apontamos o envio do Ofício Nº127/2026, em atenção a demanda da CAF, enviada por meio do Ofício Nº 130/2026 GAB/SMS e aguardamos a avaliação em face dos indicadores do 3º quadrimestre de 2025 apresentados. A análise do padrão de encaminhamentos, aliada às informações do perfil de morbidade, podem ser indicadores relevantes para proposição de perfil hospitalar nos futuros Planos Operativos Anuais e margem para revisão do indicador de tempo de permanência.

Considerações/sugestões: Recomenda-se acompanhamento específico do TMP da Clínica Médica noé próximos quadrimestres, tendo em vista a leve superação da meta (9,33 dias x meta 59 dias). Pontuação atribuída na faixa "99% a 70% da meta" (Atendeu Parcialmente).

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento parcial ao indicador.

PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

10.4 – Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH

Janeiro: 2,54 %; Fevereiro: 3,91%; Março: 1,86% ; Abril: 2,24%

Média: 2,64%

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.5 – Taxa de Mortalidade Institucional - TMI

Janeiro: 2,54%; Fevereiro: 3,49%, Março: 1,73%, Abril: 1,98%

Média: 2,44%

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.6 – Taxa de Reinternação - TR

Janeiro: Taxa de reinternação: 2,54%. Executando as reinternações programadas e partos: 1,91%

Fevereiro: Taxa de reinternação: 4,46%. Executando as reinternações programadas e partos: 1,95%

Março: Taxa de reinternação: 3,72%. Executando as reinternações programadas e partos: 1,73%

Abril: Taxa de reinternação: 4,48%. Executando as reinternações programadas e partos: 1,98%

Média do Quadrimestre: Taxa de reinternação: 3,80%. Executando as reinternações programadas e partos: 1,89%

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.7.1 – Taxa de Parto Cesáreo – TPC - Excetuando os casos por lei

Janeiro: 31,61%, Fevereiro: 27,91%, Março: 33,89%, Abril: 30,30%

Média do quadrimestre: 30,97%

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.7.2 – Apresentar CID secundário na AIH de parto cesáreo.

Janeiro: 100%; Fevereiro: 100%; Março: 100%; Abril: 100%

Média do quadrimestre: 100%

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento parcial aos indicadores

TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 255 PONTOS.

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

11	GESTÃO DA CLÍNICA	Manter ações de promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	Manter Protocolos de Segurança do Paciente de forma Institucional, bem como manter sistemática de monitoramento e gestão de riscos apresentando passo a passo para acreditação. Pontuação: Atingiu 100% das ações, 40 pontos; Atingiu entre 80% e 99%, 30 pontos; Abaixo de 80%, 20 pontos.	Relatório de visita in loco realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do DEREG.
----	--------------------------	--	--	--

O Departamento de Regulação Municipal apresentou o relatório concluído que "verificado o alcance de 100% na aferição do indicador 11 – POA do Complexo Hospitalar dos Estivadores (2026), período de janeiro a abril de 2026. Ressalta-se que o alcance integral dos indicadores previstos no POA reflete a maturidade dos processos internos e engajamento da equipe assistencial. Todavia, este desempenho ocorre sob um cenário de pressão assistencial e limitações estruturais, conforme detalhados nos "Pontos de Atenção". Portanto a manutenção desses índices a longo prazo está condicionada à adequação dos dimensionamentos de pessoal e à expansão da capacidade instalada, visando prevenir o esgotamento dos processos vigentes."

Considerações/sugestões: O relatório aponta pontos de atenção quanto ao dimensionamento de RH frente ao volume assistencial e à ausência de equipe de contingência para afastamentos legais, além do uso recorrente das salas de PPP como extensão do Alojamento Conjunto.

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador:

PONTUAÇÃO: 40 PONTOS.

12	CIRURGIAS AGENDADAS E SUSPENSAS	Monitorar, identificar e gerenciar eventuais cancelamentos de procedimentos cirúrgicos.	Notificar cirurgias agendadas e suspensas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório informando o quantitativo de cirurgias agendadas e suspensas estratificando os motivos administrativos e outros emitidos pela instituição.
----	--	---	--	--

Janeiro: Cirurgias agendas: 181 – Cirurgias suspensas: 10 - Sendo: 04 (instabilidade clínica do paciente), 04 (ausência do paciente) e 02 (fatores internos da instituição);

Fevereiro: Cirurgias agendas: 170 – Cirurgias suspensas: 15 - Sendo: 11 (instabilidade clínica do paciente), 03 (ausência do paciente) e 01 (fatores internos da instituição);

Março: Cirurgias agendas: 193 – Cirurgias suspensas: 19 - Sendo: 05 (instabilidade clínica do paciente), 05 (ausência do paciente) e 09 (fatores internos da instituição);

Abril: Cirurgias agendas: 169 – Cirurgias suspensas: 20 - Sendo: 00 (instabilidade clínica do paciente), 04 (ausência do paciente) e 16 (fatores internos da instituição);

Total de cirurgias cancelas: 64.

[Handwritten signatures and marks]

Nota da unidade:

***Instabilidade clínica:**

Condição que definiu a suspensão do procedimento no momento da admissão do paciente a saber: Pico hipertensivo com encaminhamentos ao cardiologista (9), síndrome gripal (4); Dor Abdominal (1); descompensação clínica (3); Condição da indicação cirúrgica não identificada no CC (1); Condição clínica do paciente divergente da cirurgia proposta – contrarreferência (2).

****Relacionadas a instituição:**

Houve (23) casos de reprogramação de cirurgias devido a procedimentos de urgência no Centro Cirúrgico. Procedimento proposto não realizado no hospital – paciente contra referenciado (1); Insegurança do paciente no Centro Cirúrgico (1). Unha de gel (1); Piercing (1); Houve (1) caso de reprogramação da cirurgia por reavaliação, sendo paciente encaminhado para o ambulatório.

Desses 28 procedimentos cirúrgicos suspensos 14 foram reagendados e realizados dentro do quadrimestre, 11 foram reagendados e serão realizados no próximo quadrimestre, 1 processo cirúrgico foi cancelado devido à contra referência do paciente, 1 paciente em contato com ambulatório informou que não deseja mais operar e 1 paciente aguarda retorno no ambulatório.

Nesse quadrimestre, 25% dos procedimentos cirúrgicos eletivos não foram realizados em virtude de falta dos pacientes. Foram 16 faltas, sendo que destes, 5 pacientes ao serem novamente contactados manifestaram desejo de cancelamento do procedimento cirúrgico.

Também observamos 79% de remanejamentos relacionados à fatores internos deve-se a realização de cirurgia de urgência sequencial de paciente da UTI Adulto.

Providências para regularização das cirurgias suspensas:

Cirurgias realizadas: 21

Cirurgias programadas: 20

Pacientes aguardando consultas: 00

Desistências dos pacientes: 03

Cancelamentos cirúrgicos: 09

Pacientes aguardando liberação médica: 11

Considerações/sugestões: Sugiro revisão da meta para efetivo controle das cirurgias reprogramadas e não apenas notificação.

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.

13	PLANEJAMENTO FAMILIAR	Disponibilizar agenda para procedimento cirúrgico em atendimento ao Planejamento Familiar.	Manter no quadrimestre a disponibilização da agenda dos procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue: <table><tr><td>Laqueadura Tubária</td><td>100</td></tr></table> Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Laqueadura Tubária	100	Relatório fornecido pela SEAGEN através do Dereg/SMS.
Laqueadura Tubária	100					

Apresentados os seguintes dados:

Laqueadura

Janeiro: 25, Fevereiro: 25, Março: 25, Abril: 25

Total: 100

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AValiação do Indicador: A comissão atribuiu atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 40 PONTOS.

14	PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES	Realizar cirurgias de alta complexidade endovascular encaminhados pela Regulação Municipal – Dereg.	1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar 100 % das metas quantitativas por procedimento pactuado quadrimestralmente: <table><tr><td>Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)</td><td>36</td></tr><tr><td>Número de Arteriografias</td><td>44</td></tr></table> Pontuação: Atingiu 100% da meta média quadrimestral por procedimento, 50 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta média quadrimestral por procedimento, 25 pontos. Abaixo de 70% da meta média quadrimestral por procedimento, não pontua.	Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	36	Número de Arteriografias	44	Relatório informado através do Dereg/SMS.
Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	36							
Número de Arteriografias	44							

Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)

Janeiro: 09, Fevereiro: 09, Março: 09, Abril: 09

Total: 36

Número Arteriografias

Janeiro: 11, Fevereiro: 11, Março: 11, Abril: 11

Total: 44

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AValiação do Indicador: A comissão atribuiu o atendimento total ao indicador.

PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

15	CIRURGIAS DE ENDOMETRIOSE	Realizar Cirurgias de Endometriose conforme atendimento no Ambulatório Pré-Cirúrgico de Ginecologia, cujo o número de vagas são previamente definidas pelo Dereg.	1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar quadrimestralmente os procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:		Relatório emitido pelo Dereg/SMS, dos procedimentos realizados pela Municipalidade e Relatório da Instituição apontando a produção destinada ao CROSS (SIRESP) Estado.
			Número de Saídas Cirúrgicas	16	
			Pontuação: Atingiu 100% da meta, 50 pontos. Atingiu de 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.		

Janeiro: 04, Fevereiro: 04, Março: 04, Abril: 04
Total: 16

Considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribuiu o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.

16	TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL	Disponibilizar Transporte em Viatura Móvel adequado ao perfil da remoção com Recursos Humanos completos e compatíveis com o porte da Remoção.	Transportar os pacientes internados que necessitem de Remoção para outros Serviços, inclusive para realização de eventuais Exames Subsidiários ou Interconsultas fora do ambiente hospitalar. Informar todos os casos pontuais de exceção.	Apresentar planilha mensal com todas as remoções realizadas no período, informando data, horário de saída/chegada, sigla do nome dos pacientes, da equipe profissional e indicação do destino, estratificando os tipos de remoção.
Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Abaixo de 100%, não pontua.				

Apresentado planilha mensal com todas as remoções realizadas no período, informando data, horário de saída/chegada, sigla do nome dos pacientes, da equipe profissional e indicação do destino estratificando os tipos de remoção

Janeiro: 31 remoções

Fevereiro: 30 remoções

Março: 51 remoções

Abril: 32 remoções

Total Quadrimestre: 144 remoções

Considerações/sugestões: Recomenda-se que a instituição apresente sua política de remoção para alta hospitalar, pois das 144 saídas, 62 foram para transporte para residência, sem comprovação de que haja efetiva necessidade.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinaturas]

PONTUAÇÃO: 30 PONTOS

17	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	17.1 Implantar monitoramento gerencial de tempo de espera por consulta médica no PA Obstétrico após acolhimento na classificação de risco, estratificando o número de todos os atendimentos realizados e a origem do paciente.	Apresentar os demonstrativos mensais estratificados conforme protocolo de classificação de risco estabelecido pelo município, monitorando tempo de espera para consulta médica no PA Obstétrico após respectivo acolhimento. Atendimento em até: * Vermelho – Imediato * Laranja – até 15 minutos * Amarelo – até 30 Minutos. * Verde – até 120 minutos. * Azul – até 240 minutos. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos, Abaixo não pontua.	Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRA.
		17.2 Implantar monitoramento gerencial de tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco.	Apresentar os demonstrativos mensais estratificados de monitoramento de intervalo de tempo entre a chegada do usuário na Unidade e o início da classificação de risco em até 10 minutos. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos, Abaixo não pontua.	Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRA.
17.1 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial: tempo de espera por consulta médica no PA Obstétrico Janeiro: Vermelho: 00:00:00 – Laranja: 00:17:05 - Amarelo: 00:25:21 – Verde: 00:53:10 – Azul: 00:10:46 Fevereiro: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:12:17 - Amarelo: 00:19:39 – Verde: 00:57:50 – Azul: 00:47:42 Março: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:13:46 - Amarelo: 00:22:00 – Verde: 00:51:32 – Azul: 00:38:43 Abril: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:12:57 - Amarelo: 00:20:21 – Verde: 00:49:19 – Azul: 00:44:34				

Média quadrimestre vermelho: 00:00:00

Média quadrimestre laranja: 00:14:01

Média quadrimestre amarelo: 00:21:50

Média quadrimestre verde: 00:52:58

Média quadrimestre azul: 00:35:26

Origem do Paciente:

Janeiro:

Vermelho: Santos: 3 (60%) – São Vicente: 1 (20%) – P.Grande: 1 (20%) - Total: 5

Laranja: Santos: 3 (100%) – Total: 03

Amarelo: Santos: 52 (51,49%) – P.Grande: 17 (16,83%) – S.Vicente: 19 (18,81%) – Guarujá: 7 (6,93%) – Cubatão: 2 (1,98%) – Itanhaém: 1 (0,99%) – São Paulo: 2 (1,98%) – Bertioga: 1 (0,0,99%) – Total: 101

Verde: Santos: 623 (61,26%) – P.Grande: 149 (14,65%) – S.Vicente: 155 (15,24%) – Guarujá: 68 (6,69%) – Cubatão: 9 (0,88%) – Bertioga: 7 (0,69%) – Itanhaém: 3 (0,29%) – Mauá: 1 (0,10%) – Foz do Iguaçu: 1 (10%) – Peruíbe: 1 (0,10%) – Total: 1.017

Azul: Santos: 3 (100%) – Total: 3

Fevereiro:

Vermelho: Santos: 1 (33,33%) – São Vicente: 1 (33,33%) – Guarujá: 1 (33,33%) - Total: 3

Laranja: Santos: 4 (57,14%) – P.Grande: 2 (28,57%) – São Vicente: 1 (14,29%) – Total: 7

Amarelo: Santos: 51 (53,68%) – P.Grande: 17 (17,89%) – S.Vicente: 15 (15,79%) – Guarujá: 8 (8,42%) – Cubatão: 3 (3,16%) – Bertioga: 1 (1,05%) - Total: 95

Verde: Santos: 655 (65,57%) – P.Grande: 130 (13,01%) – S.Vicente: 137 (13,71%) – Guarujá: 61 (6,11%) – Cubatão: 12 (1,20%) – Bertioga: 3 (0,30%) – Pedro de Toledo: 1 (0,10%) – Total: 999

Azul: Santos: 4 (80%) – P.Grande: 1 (20%) - Total: 5

Março:

Vermelho: Santos: 3 (75%) – São Vicente: 1 (25%) - Total: 4

Laranja: Santos: 8 (88,89%) – Guarujá: 1 (11,11%) – Total: 9

Amarelo: Santos: 71 (56,35%) – P.Grande: 18 (14,29%) – S.Vicente: 22 (17,46%) – Guarujá: 8 (6,35%) – Cubatão: 3 (2,38%) – Bertioga: 3 (2,38%) – Mongaguá: 1 (0,79%) – Total: 126

Verde: Santos: 786 (64,27%) – P.Grande: 155 (12,67%) – S.Vicente: 194 (15,86%) – Guarujá: 58 (4,74%) – Cubatão: 13 (1,06%) – Bertioga: 11 (0,90%) – Itanhaém: 5 (0,41%) – Mongaguá: 1 (0,08%) – Total: 1,223

Azul: Santos: 4 (100%) - Total: 4

Abril:

Vermelho: Santos: 1 (50%) – São Paulo: 1 (50%) - Total: 2

Laranja: Santos: 8 (88,89%) – Guarujá: 1 (11,11%) – Total: 9

Amarelo: Santos: 46 (42,20%) – P.Grande: 29 (26,61%) – S.Vicente: 25 (22,94%) – Guarujá: 6 (5,50%) – Cubatão: 1 (0,92%) – São Paulo: 1 (0,92%) – Bertioga: 1 (0,92%) – Total: 109

Verde: Santos: 523 (62,26%) – P.Grande: 122 (14,52%) – S.Vicente: 135 (16,07%) – Guarujá: 45 (5,36%) – Cubatão: 6 (0,71%) – Bertioga: 4 (0,48%) – Peruíbe: 3 (0,36%) – São Paulo: 2 (0,24%) - Total: 840

Azul: Santos: 6 (100%) - Total: 6

Total Período: Santos 2.854 (63%), São Vicente: 706 (15%), Cubatão: 39 (1%), Praia Grande: 641 (14%), Guarujá: 264 (6%) - Outros (Bertioga, Pedro de Toledo, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe e São Paulo) 55 (1%) = 4.570.

O atendimento de pacientes que possuem classificação como vermelha, pelos protocolos internos da instituição, requer o encaminhamento para sala de emergência e atendimento imediato do médico. Devido a prioridade ser a assistência à gestante, em algumas situações, pode ocorrer o retardo da mensuração do

tempo de atendimento médico via sistema MV.

No primeiro quadrimestre de 2026 tivemos 14 atendimentos classificados como prioridade vermelha no pronto-socorro obstétrico do CHE. Destes, 12 foram devido ao atendimento de parturientes em período expulsivo. Outros 2 casos foram: a) sangramento vaginal em gestante; b) desidratação intensa com sinais choque.

Considerações/Sugestões: Sugiro encaminhamento formal ao DEAPS da relação de pacientes atendidas no PS GO e estratificadas como verde e azul para análise e eventual construção de política pública direcionada ao referido público.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral do indicador.

PONTUAÇÃO: 50 Pontos.

17.2 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial: tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco

Janeiro: Totem para Classificação: 00:09:15.

Fevereiro: Totem para Classificação: 00:11:34.

Março: Totem para Classificação: 00:13:56.

Abril: Totem para Classificação: 00:10:06.

Média do Quadrimestre: totem para classificação: 00:11:13.

17.2 - Avaliação do Indicador: A comissão atribui o não atendimento ao indicador.

PONTUAÇÃO: 00 Pontos.

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento parcial aos indicadores

TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 50 PONTOS.

18	TEMPO DE RESPOSTA PARA RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRONTO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO	Implantar monitoramento de tempo em até 1 hora, entre a realização da consulta médica e resultado de eventuais exames laboratoriais e de imagem destinados ao Pronto Atendimento Obstétrico.	Atingir a meta estabelecida em até 1 hora no resultado de eventuais exames laboratoriais e de imagem. Pontuação: Atingiu 100% da meta – pontua 40 pontos Atingiu entre 99% e 80% da meta – pontua 20 pontos Abaixo de 80% - não pontua.	Relatório planilhado apresentado pela Unidade, com inclusão de certificação pelo prestador do serviço na disponibilização do resultado.
----	--	--	--	---

Apresentado relatório pela Instituição.

Janeiro: Total de exames laboratoriais: 1.388/ Tempo médio de liberação: 00:39:59

Total de exames imagem: 01/ Tempo médio de liberação: 01:45:00.

Fevereiro: Total de exames laboratoriais: 1.138/ Tempo médio de liberação: 00:43:53

Total de exames imagem: 02/ Tempo médio de liberação: 01:00:30.

Março: Total de exames laboratoriais: 1.386/ Tempo médio de liberação: 00:39:58

Tempo Médio do quadrimestre exames laboratoriais: 00:41:13.

Tempo Médio do quadrimestre exames imagem: 00:56:28.

Média no quadrimestre: 00:48:50

Considerações/sugestões: Ponto de atenção: em janeiro, o tempo médio global (01:12:59) e o tempo de. Ultrassom (01:46:00 e 01:00:30 em jan/fev) superaram isoladamente a meta de 1 hora; a meta foi atendida apenas na média consolidada do quadrimestre (00:48:50). O POA não detalha o critério de apuração (mensal x quadrimestral) para fins de pontuação, optando a instituição por considerar a média do quadrimestre. Sugiro revisão da meta

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento total ao indicador.

PONTUAÇÃO TOTAL: 40 Pontos.

A somatória dos indicadores totaliza **940** (novecentos e quarenta) pontos, onde aferimos que o enquadramento do cumprimento de metas para o disposto no parágrafo quinto da cláusula quinta do Contrato de Gestão perfaz o percentual do valor da parte variável de 100% (cem por cento).

Nada mais sendo exposto, no silêncio, foi encerrada a presente reunião às 10:30 horas, sendo a presente Ata vista e assinada por todos os presentes, conforme lista anexa, parte integrante da mesma.

LAVÍNIA PANTA FERNANDEZ- Suplente

ELLEN KECHICHIAN - Titular

THABATA MARTINS DOS SANTOS - Suplente

SERGIO ROBERTO MENDES – Titular

ANDRESSA REZENDE - Convidada

ARIANE CARNEIRO - Suplente

GEOVANA DOMINGOS NUNES - Titular

FLÁVIA MENDES DE SOUZA – Suplente

ANDRE FRANCA – Conselho Municipal de Saúde
(Suplente)

Lavinia P. Fernandez

Ellen Kechichian

Thabata Martins dos Santos

Sergio Roberto Mendes

Andressa Rezende

Ariane Carneiro

Geovana Domingos Nunes

Flávia Mendes de Souza

Andre Franca

Andre Franca

Andre Franca

COMPLEXO HOSPITAL DOS ESTIVADORES

FRANCIES REGYANNE OLIVEIRA

THAIS CRISTINA ALVES DE JESUS

