

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

3º QUADRIMESTRE 2025

RELATÓRIO DE ATIVIDADE DE CUMPRIMENTO DE METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

3º QUADRIMESTRE DE 2025

Convênio n.º 001/2021 – Processo n.º 3744/2021

Município de Ilhabela / Secretaria Municipal de Saúde

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

1. APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela, entidade filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 02 de setembro de 1943, mantém, desde sua origem, o compromisso com a promoção da saúde e do bem-estar social no município de Ilhabela, prestando assistência à população por meio de serviços médicos, hospitalares e de reabilitação.

Ao longo de oito décadas de existência, a Santa Casa consolidou-se como parceira estratégica do Poder Público Municipal, desempenhando papel essencial na execução e gestão de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no arquipélago. Sua atuação se alicerça nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e eficiência, conforme diretrizes da Lei Federal nº 8.080/1990 e do Decreto Federal nº 7.508/2011.

Atualmente, a Santa Casa responde pela gestão operacional de múltiplas unidades e programas de saúde no município, com abrangência total da Atenção Básica, Especializada e Hospitalar, além de serviços de Urgência e Emergência (SAMU), Saúde Mental e Reabilitação.

2. OBJETIVO DO RELATÓRIO

Este relatório tem como objetivo demonstrar o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Plano de Trabalho do Convênio nº 001/2021, durante o 3º Quadrimestre de 2025 (setembro a dezembro), conforme determina a Instrução nº 02/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP) e as normas de acompanhamento e avaliação de convênios municipais.

A análise compreende:

- O desempenho operacional das unidades sob gestão;
- A execução física e financeira dos recursos conveniados;
- A avaliação de indicadores assistenciais e administrativos;
- As ações corretivas e preventivas adotadas para melhoria contínua.

A elaboração deste relatório atende aos princípios da transparência, controle social e eficiência na gestão pública, contribuindo para o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde no âmbito municipal e promovendo a responsabilização compartilhada entre os entes envolvidos na execução do convênio.

3. ANÁLISE DO IMPACTO DO CONVÊNIO EM RAZÃO DA EXECUÇÃO DO OBJETO

O Município da Estância Balneária de Ilhabela, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, celebrou o Convênio nº 001/2021 com a Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela, com o objetivo de realizar a gestão dos serviços de saúde, visando ao fortalecimento e ao aprimoramento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

Para avaliar a eficiência da gestão pactuada, torna-se fundamental a análise criteriosa dos resultados obtidos, os quais constituem referência essencial para a tomada de decisões estratégicas.

O relatório quadrimestral possibilita o monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho, servindo como subsídio para a identificação de eventuais desvios e para a proposição de ações corretivas, visando o alcance das metas estabelecidas pelo gestor municipal do SUS em parceria com a entidade conveniada.

Ademais, os dados de produção fazem parte integrante dos documentos obrigatórios para a prestação de contas do gestor municipal, sendo objeto de análise detalhada no presente relatório.



4. UNIDADES E SERVIÇOS ABRANGIDOS

O convênio contempla a gestão e execução de serviços de saúde distribuídos conforme relação abaixo:



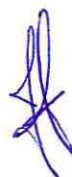
<i>CNES</i>	<i>ESTABELECIMENTOS/SERVIÇOS</i>
7839359	ACADEMIA DE SAÚDE AGUA BRANCA
4306341	ACADEMIA DE SAÚDE PEREQUE
4406710	AGENDAMENTO REGULAÇÃO
9809392	ALMOXARIFADO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS
0418242	AMBULATORIO DE INFECTOLOGIA E FÍGADO
3621278	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS AD
2090686	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I
6865240	CENTRO DE ESPECIALIDADE
2864738	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO
0803421	CENTRO DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO - CIAMA
9433473	CENTRO DE REFERÊNCIA ANIMAL - CRA
9632786	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA JULIA TENORIO - CRE
2090678	CENTRO DE SAÚDE III DE ILHABELA - CSIII
4544935	CENTRO ESPECIALIZADO EM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA
4214064	E-MULTI CORAL
6512216	GERÊNCIA
2747871	HOSPITAL MUNICIPAL GOV MARIO COVAS JR
9831274	NOSSA FARMÁCIA
2051877	PAS BONETE
0371726	PROJETO MELHOR EM CASA
2055589	PRONTO SOCORRO
7075952	SAMU BARRA VELHA
7076894	SAMU ENGENHO D'ÁGUA
2093294	SANTA CASA DE ILHABELA
3531023	UBS ÁGUA BRANCA
7275021	UBS ALTO DA BARRA VELHA
2038773	UBS BARRA VELHA
2031965	UBS COSTA NORTE
2076977	UBS COSTA SUL
2031655	UBS ITAQUANDUBA
9098135	UBS PEREQUÊ
0935212	UNIDADE DE CONTROLE DE VETORES E ENDEMIAS

CNPJ Nº 50.320.605/0001-38

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela/SP - CEP: 11635-154

Email: financeiro@santacasailhabela.org.br

Fone: 12-3896-1710 / 3896 5766



4. EXECUÇÃO FINANCEIRA

O valor total anual pactuado para o exercício de 2025 é de R\$ 162.034.800,00, conforme estabelecido no 11º Termo Aditivo ao Convênio nº 001/2021, com vigência no período de 01/01/2025 a 31/12/2025.

Durante o 1º quadrimestre, foram repassados R\$ 54.011.600,00; no 2º quadrimestre, R\$ 53.711.600,00; e no 3º quadrimestre, R\$ 53.611.600,04.

O total de recursos efetivamente repassados no exercício foi de R\$ 161.334.800,04, em comparação ao valor previsto de R\$ 162.034.800,00, evidenciando uma diferença de R\$ 700.000,00.

De modo geral, a execução financeira demonstra aderência ao cronograma de desembolso previsto, com repasses realizados de forma regular ao longo do exercício.

Entretanto, observa-se que, a partir do mês de junho, não houve a continuidade dos repasses mensais de R\$ 100.000,00 destinados à constituição de fundo de reserva para provisão de passivos trabalhistas, conforme praticado nos meses anteriores. Essa descontinuidade contribuiu para a diferença identificada entre o valor previsto e o efetivamente repassado ao final do exercício.

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
11º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO N.º 001/2021	11/12/2024	01/01 A 31/12	R\$ 162.034.800,00

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
MÊS	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
JANEIRO	R\$ 13.502.900,00	17/01/2025	171446	R\$ 6.402.900,00
		17/01/2025	171452	R\$ 7.000.000,00
		17/01/2025	PROVISÃO	R\$ 100.000,00
FEVEREIRO	R\$ 13.502.900,00	14/02/2025	141353	R\$ 2.500.000,00
		14/02/2025	141355	R\$ 10.902.900,00
		14/02/2025	PROVISÃO	R\$ 100.000,00
MARÇO	R\$ 13.502.900,00	13/03/2025	131400	R\$ 13.402.900,00
		13/03/2025	PROVISÃO	R\$ 100.000,00
ABRIL	R\$ 13.502.900,00	14/04/2025	141548	R\$ 13.502.900,00

1º QUADRIMESTRE

MAIO	R\$ 13.502.900,00	16/05/2025	115167	R\$	3.025.200,00	2º QUADRIMESTRE	
		16/05/2025	161601	R\$	10.477.700,00		
JUNHO	R\$ 13.502.900,00	18/06/2025	181254	R\$	6.402.900,00		
		18/06/2025	181256	R\$	7.000.000,00		
JULHO	R\$ 13.502.900,00	15/07/2025	151328	R\$	6.402.900,00		
		15/07/2025	151331	R\$	7.000.000,00		
AGOSTO	R\$ 13.502.900,00	13/08/2025	131634	R\$	6.402.900,00		
		13/08/2025	131636	R\$	7.000.000,00		
SETEMBRO	R\$ 13.502.900,00	18/09/2025	181616	R\$	6.402.900,00		3º QUADRIMESTRE
		18/09/2025	181637	R\$	7.000.000,00		
OUTUBRO	R\$ 13.502.900,00	09/10/2025	91333	R\$	6.402.900,00		
		09/10/2025	91334	R\$	7.000.000,00		
NOVEMBRO	R\$ 13.502.900,00	17/11/2025	171522	R\$	10.074.000,00		
		17/11/2025	171523	R\$	409.500,00		
		17/11/2025	171602	R\$	2.919.400,00		
DEZEMBRO	R\$ 13.502.900,00	17/12/2025	171135	R\$	9.150.223,20		
		17/12/2025	171136	R\$	2.455.322,30		
		17/12/2025	171136	R\$	1.797.354,54		
TOTAL	R\$ 162.034.800,00			R\$	161.334.800,04		

5. INDICADORES DE DESEMPENHO – METAS QUANTITATIVAS

Após a análise do Relatório de Produção no 3º Quadrimestre de 2025, foram observados os seguintes pontos:

5.1.1 – ATENÇÃO BÁSICA

- Foram realizados 58.695 atendimentos na Atenção Básica;
- A taxa de absenteísmo chegou a 26,62%, observando-se uma tendência ascendente, com média de 18,83% no primeiro quadrimestre e 24,12% no segundo.
- total de procedimentos ambulatoriais foi de 161.193 no período, com um aumento bastante expressivo quando se comparado aos demais quadrimestres, sendo 141.599 no primeiro e 147.831 no segundo.
- número de famílias cadastradas foi de 16.755 perfazendo um total de 44.023 pessoas.

5.1.2 – ATENÇÃO ESPECIALIZADA / SECUNDÁRIA

- Quanto aos atendimentos individuais, no terceiro quadrimestre foram realizados 40.677 atendimentos, sendo atendidos 10.602 usuários. A taxa de absenteísmo chegou à 18,40%;
- No CAPS 1 ocorreram 3.973 atendimentos, sendo que 612 pacientes faltaram à consulta, representando uma taxa de absenteísmo de 15,63%.
- CAPS AD realizou 2.246 atendimentos para 494 usuários, sendo que 594 faltaram, o que representa uma taxa de absenteísmo de 26,45%, que é bastante alta e preocupante.
- Ambulatório de infectologia e Fígado realizou 1.276 atendimentos com taxa de absenteísmo de 25,55%.
- Centro de Referência Julia Tenório realizou 8.502 atendimentos com uma taxa de absenteísmo de 18,00%, que segue numa curva ascendente, quando se comparada aos demais quadrimestres.
- No Ambulatório de Saúde Mental Infantil ocorreram 12.575 atendimentos, num total de 3.103 usuários, com uma taxa de absenteísmo de 20,64%;
- No controle de vetores observou-se uma Avaliação de Densidade Larvária de 1,1 em Outubro, que configura um quadro ótimo, quando se comparado aos demais quadrimestres, que foi de 3,5 no primeiro e 1,7 no segundo.
- Centro de Referência Animal realizou 486 cirurgias de castração, número menor do que foi realizado no primeiro quadrimestre, que foi de 825. A taxa de absenteísmo passou de 24,48% no primeiro quadrimestre, para 30,21% no segundo, voltando a cair no terceiro, atingindo 17,76%.
- A Assistência Farmacêutica atendeu 29.216 pacientes, perfazendo um total de 114.739 atendimentos. Atendeu ainda, 824 processos administrativos sendo: 212 solicitações de insumos, 191 solicitações de fraldas, 127 solicitações de fórmulas e/ou suplementos alimentares e 294 solicitações de medicamentos.



6 – ANÁLISE QUALITATIVA

Os indicadores de saúde constituem ferramentas fundamentais para mensurar, monitorar e avaliar o estado de saúde de uma população, bem como o desempenho dos serviços e das políticas públicas de saúde. Funcionam como importantes instrumentos de gestão e planejamento, permitindo a comparação entre diferentes períodos, regiões e grupos populacionais, além de subsidiar a formulação e o aprimoramento das decisões em saúde pública.

Esses indicadores desempenham papel central na qualificação da gestão em saúde, pois possibilitam a identificação de fragilidades estruturais e operacionais do sistema — os chamados pontos críticos - que requerem intervenções estratégicas. Ademais, oferecem

suporte consistente à tomada de decisão, ao permitir que gestores avaliem a efetividade, a eficiência e a equidade das ações e dos serviços disponibilizados à população.

Além disso, os indicadores de saúde são essenciais para o monitoramento contínuo da qualidade da atenção prestada, refletindo não apenas os desfechos clínicos, mas também a capacidade dos serviços de responder de forma adequada às necessidades da população. A análise sistemática desses dados viabiliza o estabelecimento de metas, o acompanhamento de tendências, a avaliação das intervenções implementadas e, quando necessário, a reorientação das estratégias adotadas.

É importante destacar que os níveis de saúde de uma população resultam de uma complexa interação de fatores que ultrapassam o mero acesso aos serviços de saúde. Esses fatores, denominados Determinantes Sociais da Saúde (DSS), abrangem dimensões como o território onde as pessoas vivem — considerando suas condições físicas, ambientais e urbanísticas —, o ambiente em sentido amplo, que inclui saneamento básico, exposição a poluentes, segurança alimentar e condições de moradia. Incluem-se ainda fatores biológicos e genéticos, renda e situação

socioeconômica, nível de escolaridade, acesso à informação, inserção no mercado de trabalho, bem como o fortalecimento das redes sociais e comunitárias.

Dessa forma, a análise dos indicadores de saúde à luz dos DSS possibilita a adoção de uma abordagem mais abrangente e integrada, que não se limita à assistência em saúde, mas incorpora ações de promoção da saúde e de enfrentamento das iniquidades sociais. Essa perspectiva contribui para a construção de um modelo de cuidado orientado pelos princípios da integralidade e da equidade, fortalecendo a efetividade e a justiça do sistema de saúde.

Segue abaixo a análise dos indicadores apresentados:

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ind. 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação

INDICADOR	1º Q	2º Q	3º Q
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação).	56%	66%	59%

Fonte: Sisab - Ministério da Saúde/SIGSS

Houve melhora significativa de 10 pontos percentuais entre o primeiro e segundo quadrimestres, seguido de queda de 7 pontos percentuais entre o segundo e o terceiro.

Ind. 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

INDICADOR	1º Q	2º Q	3º Q
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	52%	70%	87%

Fonte: Sisab - Ministério da Saúde/SIGSS

Entre o primeiro e o segundo quadrimestres de 2025, observa-se uma melhora significativa de 18 pontos percentuais, passando de 52% para 70%. Houve melhora significativa também no terceiro (17 pontos).



Ind. 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

INDICADOR	1° Q	2° Q	3° Q
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	43%	63%	69%

Fonte: Sisab - Ministério da Saúde/SIGSS

Houve um aumento crescente entre o primeiro e o terceiro quadrimestres.

Ind. 4 - Cobertura de exame citopatológico

INDICADOR	1° Q	2° Q	3° Q
Cobertura de exame citopatológico	45%	48%	48%

Fonte: Sisab - Ministério da Saúde/SIGSS

Houve um aumento pouco expressivo de 3 pontos percentuais na cobertura do exame citopatológico entre o primeiro e o segundo quadrimestres, passando de 45% para 48%.

Ind. 5 - Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente

INDICADOR	1° Q	2° Q	3° Q
Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de Pentavalente.	66%	84%	92%

Fonte: Sisab - Ministério da Saúde/SIGSS

A cobertura vacinal aumentou de 66% no primeiro quadrimestre para 84% no segundo quadrimestre. Já no terceiro, superou os demais, chegando a 92%.

Ind. 6 - Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida a cada semestre

INDICADOR	1° Q	2° Q	3° Q
Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida a cada semestre	21%	71%	71%

Fonte: Sisab - Ministério da Saúde/SIGSS

O percentual de aferição aumentou de 21% no primeiro semestre para 71% no segundo semestre, representando uma melhora muito expressiva na cobertura do acompanhamento dos pacientes hipertensos. Porém, manteve sem melhoria no terceiro quadrimestre.

Ind. 7- Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada

INDICADOR	1° Q	2° Q	3° Q
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	28%	35%	37%

Fonte: Sisab - Ministério da Saúde

Com base nos dados apresentados, o índice do Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada mostra uma melhora modesta, porém significativa, na atenção à saúde das pessoas com diabetes. Houve um aumento de 7 pontos percentuais entre o primeiro e o segundo quadrimestres e de 2, do segundo para o terceiro quadrimestre.

NOS CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Quadro 1- Indicadores Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD), Ilhabela

Indicador	Conceito	1° Q	2° Q	3° Q
Participação nos grupos de família	Razão entre famílias de usuários que participam de grupos a elas dirigidos e número total de pacientes do serviço	1,22%	37,30%	21%
Percentual de pacientes acompanhados no CAPS que entraram em crise no período	Monitorar e acompanhar os pacientes que entraram em crise no período, aprimorando os cuidados necessários nos casos de emergência			
Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares	Proporção de usuários que tem PTS em relação aos usuários inseridos. Considerar como PTS, um projeto discutido pela equipe de referência, com ofertas terapêuticas orientadas a partir da necessidade do usuário e sua particularidade.	13,2%	13,8%	32%
Adesão do usuário à medicação	Adesão do usuário à medicação			

Fonte: CAPS AD

Houve uma queda expressiva na participação das famílias nos grupos, passando de 37,30% no segundo quadrimestre, para 21%, no segundo.

Com relação à Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), nota-se que no 3° trimestre há um aumento significativo, passando de 13% para 32%.



Os indicadores: adesão do usuário à medicação e percentual de pacientes acompanhados no CAPS que entraram em crise no período não foram informados pela impossibilidade de coleta de dados.

Quadro 2- Centro de Atenção Psicossocial - CAPS 1

Indicador	Conceito	1° Q	2° Q	3° Q
Participação nos grupos de família	Razão entre famílias de usuários que participam de grupos a elas dirigidos e número total de pacientes do serviço	28,95%	24,46%	85,92%
Percentual de pacientes acompanhados no CAPS que entraram em crise no período	Monitorar e acompanhar os pacientes que entraram em crise no período, aprimorando os cuidados necessários nos casos de emergência	5,54%	5,05%	4,41%
Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares	Proporção de usuários que tem PTS em relação aos usuários inseridos. Considerar como PTS, um projeto discutido pela equipe de referência, com ofertas terapêuticas orientadas a partir da necessidade do usuário e sua particularidade.	76,37%	72,92%	77,74%
Adesão do usuário à medicação	Adesão do usuário à medicação	100%	100%	100%

Fonte: CAPS 1

Com relação à Participação nos grupos de família observa-se um percentual relativamente baixo no 1º quadrimestre (28,95%) e uma queda no 2º quadrimestre (24,46%). No entanto, no 3º quadrimestre há um aumento expressivo, atingindo 85,92%

Em relação ao percentual de pacientes acompanhados no CAPS que entraram em crise no período, observa-se uma tendência de redução gradual ao longo dos quadrimestres, passando de 5,54% no primeiro para 5,05% no segundo e 4,41% no terceiro.

Quanto à formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), os dados revelam percentuais elevados em todos os períodos, com 76,37% no primeiro quadrimestre, 72,92% no segundo e 77,74% no terceiro.

Por fim, o indicador adesão do usuário à medicação manteve-se em 100% nos três quadrimestres analisados.

NA ATENÇÃO HOSPITALAR

A seguir, é apresentada uma avaliação minuciosa dos indicadores de desempenho relacionados à Atenção Hospitalar no Hospital Governador Mário Covas Júnior. Destaca-se a relevância do acompanhamento constante dos indicadores associados à segurança do paciente, como a ocorrência de flebite, quedas e lesões por pressão. Esse monitoramento contínuo é essencial para garantir um ambiente de cuidado seguro, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial e a redução de eventos adversos que possam afetar a integridade dos pacientes.

Ind. 1 Incidência de Flebite

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Flebite consiste em um processo inflamatório na parede da veia, associado ao eritema, com ou sem dor, edema, endurecimento do vaso ou cordão fibroso palpável, com ou sem drenagem purulenta.	Nº de casos de flebite/ nº de pacientes por dia com acesso venoso periférico X 100	0,20	0,42	0,23	0,21	0,00	0,00	0,00	0,39	0,42	0,18	0	0

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Júnior

Observa-se baixa incidência de flebite ao longo do ano, com valores variando entre 0,00% e 0,42%. Entre maio e julho, assim como em novembro e dezembro, não foram registrados casos, indicando possível melhoria nas práticas assistenciais ou menor exposição ao risco. Importante salientar que, em nenhum momento, ultrapassou o previsto no Plano de Trabalho (2,00%).



Ind. 2 - Incidência de Queda de Paciente

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.	Nº de quedas / nº de pacientes-dia X 1000	0,00	0,00	1,00	1,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,57	0,00

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

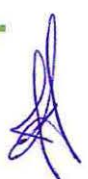
Observa-se baixa incidência de quedas ao longo do ano, com registros pontuais em Março, Abril e Novembro. A maioria dos meses apresentou incidência zero, indicando períodos prolongados sem ocorrência do evento.

Ind. 3 - Incidência de Úlcera por Pressão

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Relação entre o número de casos novos de pacientes com lesão por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir lesão por pressão no período, multiplicado por 100.	Nº de casos novos de pacientes com LP em um determinado período/nº de pessoas expostas ao risco de adquirir LP no período X 100	2,00	0,00	0,00	0,00	0,99	2,43	0,00	0,00	1,31	0,00	1,57	0,00

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

Observa-se incidência variável ao longo do ano, com alternância entre meses sem ocorrência e meses com registros de novos casos. Não há padrão claro de sazonalidade, mas nota-se concentração de casos em meses específicos, indicando eventos pontuais.



Ind. 4 – Média de permanência CTI

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados por setor.	Nº de pacientes-dia/ nº de saídas	3,16	4,46	3,31	4,9	5,00	3,28	4,29	3,2	3,1	3,9	7,5	4,00

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

Os dados mostram uma oscilação no tempo médio de permanência no CTI. Após redução em junho, a média voltou a oscilar moderadamente até outubro. Novembro apresentou um aumento expressivo (7,5 dias), configurando-se como um ponto fora do padrão dos demais meses. Em dezembro, observa-se redução para 4,00 dias, indicando possível normalização do fluxo.

Ind. 5 – Média de permanência Setor de Internação

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados por setor.	Nº de pacientes-dia/ nº de saídas	4,34	4,13	4,01	4,2	4,32	4,64	4,78	3,99	3,92	3,97	4,98	3,71

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

A partir de Agosto ocorreu redução da média, com valores abaixo de 4 dias em agosto, setembro, outubro e dezembro. Novembro apresentou o maior valor do ano



(4,98 dias), destacando -se como um ponto de atenção. Dezembro registrou a menor média de permanência (3,71 dias), sugerindo maior rotatividade de leitos no período.

Ind. 6 – Média de permanência Pronto Socorro

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados por setor.	Nº de pacientes-dia/ nº de saídas	1,59	1,71	1,83	2,15	1,82	1,47	1,67	1,63	1,6	1,69	8,33	1,65

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

Ao longo do ano, a média de permanência manteve-se relativamente estável, variando entre 1,47 e 2,15 dias na maioria dos meses. Novembro apresenta um aumento abrupto e atípico (8,33 dias). No entanto, em Dezembro, há retorno aos níveis habituais, sugerindo normalização do processo. Porém, mantendo-se acima do índice pactuado no Plano de Trabalho (1,00).

Ind. 7 – Média de permanência Sala de Estabilização

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados por setor.	Nº de pacientes-dia/ nº de saídas	1,53	1,48	1,26	1,93	1,58	1,45	2,08	1,54	1,64	1,71	1,54	1,48

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

Observa-se estabilidade da média de permanência ao longo do ano, com valores concentrados entre 1,26 e 2,08 dias, ficando acima do índice pactuado no Plano de Trabalho (1,00).



Ind. 8 – Média de permanência Maternidade

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados por setor.	Nº de pacientes-dia/ nº de saídas	2,4	2,8	2,59	3,3	2,95	2,45	2,37	2,31	2,55	2,2	3,2	2,34

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

A média de permanência variou entre 2,20 e 3,30 dias ao longo do ano. Sendo que os maiores valores ocorreram em abril (3,30 dias) e novembro (3,20 dias).

Em dezembro, a média mantém-se próxima ao padrão observado na maior parte do ano. Não havendo tendência de crescimento sustentado, mas sim oscilações pontuais

Ind. 9 Taxa de apgar >=7 no 1º minuto

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação porcentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto e o número de nascidos-vivos.	Nº de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto / Nº de nascidos vivos X 100	88,20	85,72	100,00	94,88	87,20	86,85	95,13	92,86	95,00	90,00	72,73	89,00

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

Observa-se predomínio de taxas elevadas ao longo do ano, com a malona dos meses apresentando valores superiores a 85%, sendo que o melhor desempenho



ocorreu em março (100%), indicando que todos os nascidos vivos apresentaram boas condições no 1º minuto. Valores consistentemente acima de 90% foram observados em Abril, Julho, Agosto, Setembro e Outubro. Novembro apresentou queda expressiva (72,73%), configurando-se como o menor valor do período e um ponto crítico do indicador. Sendo que em Dezembro, observa-se recuperação parcial do desempenho (89,00%).

17

Ind. 10- Taxa de apgar >=7 no 5º Minuto

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação percentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto e o número de nascidos-vivos.	Nº de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto / Nº de nascidos vivos X 100	94,88	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	97,00	100,00	97,30

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior


Observa-se desempenho extremamente elevado e estável ao longo do ano. Na grande maioria dos meses, a taxa atingiu 100%, indicando que todos os recém-nascidos apresentaram condições clínicas adequadas no 5º minuto. Pequenas reduções foram observadas apenas em janeiro (94,88%), outubro (97,00%) e dezembro (97,30%), sem impacto significativo na tendência geral

Ind. 11- Taxa de cesáreas

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação percentual entre o número de cesáreas e o número de partos.	Nº de cesáreas / Nº de partos x 100	46,15	46,42	64,10	42,10	53,80	47,36	53,65	71,42	44,40	53,33	59,37	48,57

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

Observa-se elevada taxa de cesarianas ao longo de todo o ano, com valores variando entre 42,10% e 71,42%. Os maiores percentuais foram registrados em Agosto (71,42%), seguido de Março (64,10%) e Novembro (59,37%), não havendo padrão de redução sustentada ao longo do ano, o que evidencia manutenção de taxas elevadas.



Ind. 12 - Taxa de cesáreas em primíparas

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação porcentual entre o número de cesáreas em primíparas e o número de partos em primíparas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas em primíparas}}{\text{N}^\circ \text{ de partos em primíparas}} \times 100$	29,40	30,76	46,15	42,10	64,20	50,00	53,33	70,00	55,55	28,57	42,10	42,85

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

Observa-se variação importante ao longo do ano, com taxas entre 28,57% e 70,00%. Apesar de estar abaixo do índice pactuado no Plano de Trabalho (45%), está acima dos níveis considerados ideais pela OMS (até 15%). Não havendo tendência consistente de redução, com manutenção de taxas elevadas em grande parte do ano.

Ind. 13 - Taxa de cirurgia suspensa

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação porcentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias suspensas for fatores extra pacientes}}{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias agendadas}} \times 100$	2,00	5,00	9,00	6,00	8,00	13,00	4,00	8,00	10,00	8,00	5,00	3,00

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

Observa-se variação significativa ao longo do ano, com taxas entre 2,00% e 13,00%, sendo que o maior valor ocorreu em Junho, configurando um ponto crítico do indicador.

Ind. 14 - Taxa de reingresso na UTI adulto durante a mesma internação

Conceito	Cálculo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Relação porcentual entre o número de reingressos na UTI-Adulto durante a mesma internação e o número de saídas da UTI-Adulto no mesmo período.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação}}{\text{N}^\circ \text{ de saídas da UTI Adulto}} \times 100$	0,00	0,00	0,00	0,00	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Hospital Municipal Governador Mário Covas Junior

Observa-se ausência de reingressos na UTI adulto em 11 dos 12 meses do ano, indicando desempenho favorável do serviço, sendo que o único mês com registro de reingresso foi maio, com taxa de 8,00%, caracterizando um evento pontual e isolado.



7. ANÁLISE DAS METAS QUANTITATIVAS

HOSPITAL MUNICIPAL GOVERNADOR MARIO COVAS JUNIOR

	Metas	Fonte de Informação	Realizado
A) Atenção à Saúde	Realizar 120 Consultas/Mês no ambulatório de ortopedia e traumatologia e acidentes de trabalho	Relatório de Agendamentos	SIM
	Realizar 12 Cirurgias na especialidade de Cirurgia geral, 6 cirurgias de ortopedia e 3 de Ginecologia/mês	Planilha Nominal	SIM
B) Gerência	Apresentação de 100 AIH'S/mês	Relatório SISAIH	NÃO
	Manutenção de 60% ou mais da taxa de Ocupação dos leitos hospitalares	Relatório de pacientes Internados no período	SIM
	Acompanhamento e monitoramento da taxa de permanência mensal	Relatório de análise da taxa de permanência	SIM
	100% de registro de SAE nos prontuários de pacientes internados	Análise por amostragem de 10 prontuários	SIM
	Realizar uma ação por quadrimestre desenvolvido pelo grupo Técnico de Humanização - GTH	Relatório de lista de presença	SIM
C) Participação nas Políticas Prioritárias do Sus	Divulgar comunicado e manter visita aberta aos pacientes internados das 10:00h às 22:00h	in loco	SIM
	Realizar avaliação de pesquisa de satisfação do usuário, quadrimestralmente com formulário e metodologia de apuração e divulgação dos resultados	Resultado da avaliação de pesquisa realizada	SIM
	Manutenção de Ficha de Atendimento de Ouvidoria para registro de informações prestadas	Avaliação por amostragem de 10 Fichas de atendimento da Ouvidoria	SIM
	Manter a farmácia em dia com a legislação sanitária exigida	Relatório emitido pela VISA	SIM
	Melhoria do índice de absenteísmo e incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho	Relatório de apuração do índice	SIM
	Elaborar e atualizar protocolos clínico nutricionais para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital	Apresentação de Protocolos implantados	SIM

	Avaliação de Apgar no 1º e 5º minutos de vida, em 100% dos neonatos com registro em prontuário	Análise por amostragem de 10 prontuários de neonatos no período	SIM
	Realizar VDRL em 100% das gestantes	Análise por amostragem de 10 prontuários	SIM
	Realizar Teste rápido para HIV em 100% das gestantes	Análise por amostragem de 10 prontuários	SIM
	Realizar encaminhamentos e orientações (vacinas, testes de orelhinha, teste do pezinho, teste do olhinho e teste da linguinha, etc.) em formulário próprio em 2 vias contendo todas as informações	Análise por amostragem de 10 prontuários	SIM
	Atingir média de 60% de partos vaginais	Relatório de proporção de partos vaginais x cesáreas	NÃO
D) Incorporação Tecnológica	Manter atualizado o cadastro de funcionários no CNES	Relatório do CNES	SIM
E) Desenvolvimento Profissional	Garantir ações de educação permanente aos trabalhadores do hospital, sendo no mínimo 01 capacitação e/ou treinamento a cada 6 meses	Relatório e lista de presença	SIM



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

ATENÇÃO BÁSICA

No indicador de consultas pré-natal realizadas, que mede a proporção de gestantes que realizaram um acompanhamento pré-natal adequado, considerando a realização de pelo menos seis consultas, com início precoce até a 20ª semana de gestação, houve melhora significativa do primeiro para o segundo quadrimestres, indicando captação precoce das gestantes, melhor organização do acompanhamento e possível intensificação de busca ativa. Já, entre o segundo e o terceiro, houve queda, indicando como possíveis causas: dificuldade na manutenção do acompanhamento, faltas às consultas, problemas de acesso (agenda, transporte, equipe) e sub-registro ou atraso na alimentação do sistema. O indicador seguiu acima da meta pactuada no Plano de Trabalho (45%). Porém, ainda abaixo da meta preconizada por políticas públicas de



saúde, que geralmente recomendam coberturas superiores a 80% para garantir um atendimento pré-natal eficaz e reduzir riscos obstétricos. Isso sinaliza a necessidade de manutenção dos esforços e implementação de estratégias complementares, como: identificação precoce de gestantes, fortalecimento da busca ativa por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sensibilização da população quanto à importância do pré-natal precoce e adequado e monitoramento contínuo dos dados do e-SUS para identificação de falhas na oferta ou registro das consultas.

Com relação ao indicador Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, observa-se crescimento contínuo evolução consistente e desempenho progressivo ao longo do período, demonstrando um avanço importante na cobertura dos exames de rastreamento de ISTs no pré-natal, refletindo maior efetividade da Atenção Primária em ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce.

Apesar desse panorama, o indicador ainda está aquém da cobertura ideal, que deveria se aproximar de 100%, conforme preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS), necessitando de atenção.

O indicador Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, apesar de estar dentro do parâmetro pactuado no Plano de Trabalho (60%), não alcançou o patamar recomendado pelas diretrizes do Ministério da Saúde, que é de 100% das gestantes com acesso a este atendimento. Portanto, embora a taxa de 69% no terceiro quadrimestre represente um avanço em relação ao quadrimestre anterior e estar acima do pactuado (60%), ainda está abaixo do ideal, indicando a necessidade de esforços contínuos para ampliar a cobertura e reduzir barreiras de acesso.

Houve um pequeno aumento de 3 pontos percentuais na cobertura do exame citopatológico entre o primeiro e o segundo quadrimestres de 2025, passando de 45% para 48%. Já no terceiro, o indicador não apresentou melhora. Apesar dessa elevação, e de cumprir com a meta pactuada no Plano de Trabalho (40%), a cobertura permanece abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde, que é de no mínimo 80% da população-alvo.



Este resultado aponta para a necessidade de intensificar estratégias de rastreamento e ampliação do acesso ao exame, considerando que a detecção precoce de lesões precursoras é fundamental para a redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, ainda uma importante causa de morte entre mulheres no Brasil.

Importante ampliar as estratégias de busca ativa das mulheres da faixa etária recomendada, utilizando o cadastro nominal da população; ofertar o exame em horários alternativos (turnos estendidos) e em ações extramuros; fortalecer as ações de educação em saúde nas unidades e comunidades, desmistificando o exame e promovendo o autocuidado; garantir o registro correto e oportuno das coletas nos sistemas de informação, evitando subnotificações e realizar monitoramento contínuo da cobertura por equipe e por território para identificar áreas de maior vulnerabilidade.

Apesar da melhora significativa nas coberturas vacinais de Pentavalente e VIP, o índice manteve-se abaixo da meta de 95% que foi pactuada no Plano de Trabalho e é preconizada pelo Programa Nacional de Imunização. Importante verificar as causas das baixas coberturas, implementando ações para reverter tal situação.

O percentual de pessoas hipertensas que tiveram sua pressão arterial aferida a cada semestre aumentou de 21% no primeiro semestre para 71% no segundo. Esse aumento de 50 pontos percentuais é um indicativo muito positivo da ampliação do acompanhamento e monitoramento dos pacientes hipertensos, uma vez que a aferição regular da pressão arterial é fundamental para o controle da hipertensão, prevenção de complicações cardiovasculares e melhora da qualidade de vida dos pacientes. No entanto, apesar da

melhora, ainda há 29% dos pacientes que não tiveram a pressão aferida no Segundo semestre, indicando espaço para ampliação da cobertura e melhoria na adesão aos acompanhamentos. Além disso, do segundo para o terceiro quadrimestres, houve uma estabilização do indicador.

Com relação ao indicador Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada, houve um aumento entre o primeiro e o segundo quadrimestres, indicando que mais pacientes estão sendo monitorados adequadamente, com solicitação do exame, que é um dos principais marcadores para



o controle da doença. Houve uma pequena melhora também do segundo para o terceiro quadrimestres. Porém, não atingiu a meta estipulada no Plano de Trabalho, que é de 50%.

Mais uma vez, importante rever e padronizar protocolos, trabalhar a adesão dos profissionais de saúde às diretrizes clínicas, melhorar acesso aos exames laboratoriais e registro adequado nos sistemas de informação.

Observação: Considerando a descontinuidade da divulgação oficial dos indicadores pelo SISAB (Atenção Básica) a partir do 3º quadrimestre de 2025, os dados apresentados no relatório passam a utilizar como referência os resultados calculados pelo sistema municipal (SIGSS).

Essa decisão foi baseada na análise do histórico comparativo entre os resultados do SISAB e do SIGSS, abrangendo os períodos de 2022 a 2025. A análise demonstrou que os valores calculados pelo SIGSS seguem o mesmo comportamento e tendência dos resultados anteriormente divulgados pelo sistema federal, permitindo manter o monitoramento confiável da evolução dos indicadores no município.

Como referência desse histórico:

- Foram analisadas 84 medições comparativas entre os dois sistemas
- Em 33 dessas medições (39%), a diferença foi de até 10 pontos percentuais
- Em 28 medições (33%), a diferença foi de até 5 pontos percentuais
- A diferença média observada foi de 16,61 pontos percentuais
- Os resultados do SIGSS preservam a tendência real de evolução dos indicadores, sendo adequados para fins de monitoramento, gestão e análise institucional

Dessa forma, o uso dos dados do SIGSS permite manter a continuidade das avaliações e apoiar a tomada de decisão, mesmo após a descontinuação dos relatórios oficiais federais.

ATENÇÃO HOSPITALAR

Com relação aos indicadores associados à segurança do paciente: ocorrência de flebite, quedas e lesões por pressão, observou-se um bom desempenho da equipe hospitalar, ao longo do período avaliado.

A análise epidemiológica demonstra que a flebite apresentou baixa frequência ao longo do ano, com controle adequado do evento adverso, mantendo-se sempre abaixo do previsto no Plano de Trabalho. Apesar disso, a presença de oscilações mensais reforça a importância da vigilância ativa, educação permanente da equipe e cumprimento rigoroso dos protocolos de acesso venoso periférico, visando à segurança do paciente e à melhoria contínua da qualidade assistencial.

A incidência de quedas de paciente foi baixa e intermitente ao longo do ano, com eventos isolados e ausência de tendência crescente. Apesar dos resultados favoráveis, a queda é um evento potencialmente evitável e de alto impacto, reforçando a necessidade de manutenção das ações preventivas, monitoramento contínuo do indicador e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

A Incidência de Úlcera por Pressão apresentou comportamento oscilante ao longo do ano, porém, se manteve dentro do pactuado no Plano de Trabalho (3%). Apesar de períodos de controle efetivo, a presença de novos casos evidencia a necessidade de reforçar estratégias preventivas, especialmente em pacientes de maior risco, visando à melhoria contínua da qualidade assistencial e à segurança do paciente.

A análise da média de permanência no CTI demonstra comportamento oscilante ao longo do ano, com predomínio de valores entre 3 e 5 dias, compatíveis com unidades de terapia intensiva de perfil geral. O aumento expressivo observado em novembro merece atenção, reforçando a importância do monitoramento contínuo do indicador e da adoção de estratégias para otimização do fluxo de pacientes, sem comprometer a qualidade e a segurança da assistência.

A análise da média de permanência no setor de internação demonstra comportamento estável e controlado ao longo do ano, com pequenas oscilações mensais e ausência de variações abruptas. O indicador sugere bom gerenciamento do fluxo de pacientes, com destaque para a redução observada no final

do ano. A vigilância contínua e a análise dos meses com valores mais elevados são fundamentais para sustentar a eficiência e a qualidade da assistência.


A análise do indicador demonstra que a média de permanência no Pronto-Socorro apresentou comportamento estável e adequado na maior parte do ano, compatível com a dinâmica do setor. Contudo, o valor atípico observado em novembro evidencia um evento crítico, que merece investigação específica para identificação de causas e implementação de ações corretivas, a fim de garantir a fluidez do atendimento e a segurança do paciente. A análise da média de permanência na Sala de Estabilização demonstra desempenho estável e compatível com a finalidade do setor, sem evidências de gargalos assistenciais significativos. As variações observadas foram pontuais e não sustentadas, indicando boa fluidez do atendimento e adequada capacidade de encaminhamento dos pacientes.

A análise da média de permanência na maternidade apresentou comportamento adequado e controlado, com variações pontuais ao longo do ano. Os picos registrados em abril e novembro indicam a necessidade de monitoramento específico desses períodos, enquanto os demais meses demonstram eficiência no fluxo assistencial e na gestão de leitos, contribuindo para a qualidade do cuidado materno-infantil.

A análise da taxa de Apgar ≥ 7 no 1º minuto manteve-se elevada na maior parte do ano, refletindo boa qualidade da assistência obstétrica e neonatal. Entretanto, a queda significativa observada em novembro indica a necessidade de investigação específica e reforço das ações de monitoramento e prevenção, visando à manutenção de resultados seguros e consistentes.

A análise do Indicador taxa de Apgar ≥ 7 no 5º minuto evidencia alto desempenho da assistência neonatal, com taxas consistentemente elevadas durante todo o ano. Os resultados indicam efetividade das intervenções imediatas ao nascimento e adequada qualidade do cuidado prestado, devendo as práticas atuais ser mantidas e continuamente monitoradas.

A análise dos dados demonstra que a taxa de cesarianas permaneceu consistentemente elevada ao longo do ano, com variações mensais e picos importantes. Apesar de estar dentro do índice pactuado no Plano de Trabalho (50%), ultrapassou,



ao longo do período analisado, as recomendações da OMS (idealmente entre 10 e 15% dos partos) . Tais resultados indicam a necessidade de avaliação crítica das práticas obstétricas, com foco na adequação das indicações cirúrgicas, promoção do parto vaginal e alinhamento às recomendações nacionais e internacionais de qualidade e segurança na assistência ao parto.

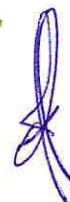
É de extrema importância que os esforços dispensados pelo Poder Público sejam revistos e reforçados junto à equipe de assistência: atuação conjunta com o Centro de Aleitamento Materno, que promove regularmente cursos para famílias grávidas com orientações educativas sobre os benefícios e a importância do parto normal, além da manutenção de uma equipe multiprofissional qualificada na maternidade, composta por enfermeiras obstétricas e doulas, que desempenham papel fundamental no incentivo ao parto vaginal;

A análise dos dados evidencia que a taxa de cesáreas em primíparas também se manteve elevada e oscilante ao longo do ano, com picos significativos em alguns meses. Esses resultados reforçam a necessidade de avaliação crítica das indicações de cesariana primária, visando à redução de procedimentos cirúrgicos desnecessários e à promoção de melhores desfechos maternos e neonatais.

O indicador de cirurgia suspensa não apresenta tendência sustentada de redução ao longo do ano, evidenciando instabilidade no processo cirúrgico. No entanto, no 3º quadrimestre, não ultrapassa o índice pactuado no Plano de Trabalho (8%). Mas, importante pontuar que as oscilações sugerem desafios relacionados a fatores externos aos pacientes, como questões logísticas, falta de insumos ou limitações na equipe, que precisam ser cuidadosamente investigados.

Reduzir a taxa de cirurgias suspensas é fundamental para otimizar o uso dos recursos hospitalares, melhorar a satisfação dos pacientes e aumentar a eficiência operacional. Assim, o monitoramento contínuo e a implementação de estratégias para minimizar esses eventos são essenciais para garantir a qualidade e a segurança no atendimento.

No tocante à taxa de reingresso na UTI adulto durante a mesma internação, a análise demonstra excelente desempenho global, com ausência de reingressos na UTI adulto na



maior parte do ano. O episódio isolado registrado em maio requer investigação específica, porém não compromete a avaliação geral do serviço, que apresenta boas práticas de alta e continuidade do cuidado intensivo

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPS AD

Com relação ao indicador Participação nos grupos de família, observa-se um percentual extremamente baixos no primeiro trimestre, indicando baixa adesão ou possível fragilidade na oferta/divulgação dos grupos familiares. No segundo trimestre ocorre um aumento expressivo, sugerindo melhoria na estratégia de sensibilização das famílias ou reorganização do serviço. Já no terceiro, há redução, embora o índice permaneça superior ao início do período. Essa oscilação indica a necessidade de estratégias contínuas de engajamento familiar, considerando a importância da família no processo terapêutico e na prevenção de recaídas.

Com relação à Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares nota-se estabilidade com percentuais baixos nos dois primeiros trimestres, indicando possível dificuldade na construção ou registro dos PTS. Porém, no terceiro trimestre há um aumento significativo, evidenciando avanço na organização do processo de trabalho da equipe e maior alinhamento às diretrizes da atenção psicossocial. Apesar da melhora, o indicador ainda aponta a necessidade de ampliar a cobertura dos PTS, considerando sua importância para o cuidado individualizado.

É importante destacar que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem como princípio a personalização do cuidado, considerando que cada usuário possui uma história de vida própria, contexto social específico, diferentes graus de dependência, comorbidades e objetivos singulares. Dessa forma, possibilita que o tratamento seja ajustado às necessidades reais do sujeito, superando a lógica de protocolos padronizados e generalistas.

O PTS garante ainda que todos os profissionais do CAPS atuem de maneira integrada e articulada, prevenindo a duplicidade de ações e a fragmentação do cuidado. Promove coerência terapêutica entre as diversas intervenções — clínicas,

psicossociais, ocupacionais e comunitárias — e possibilita o monitoramento contínuo da evolução do tratamento, permitindo ajustes ao longo do tempo, conforme o usuário avance ou enfrente novas demandas .

Além disso, favorece a autonomia e o protagonismo do usuário em seu próprio processo de cuidado, incluindo ações voltadas à reconstrução e fortalecimento de vínculos sociais e familiares, bem como ao acesso a direitos fundamentais, como trabalho, moradia e escolarização .

Diante de índices tão baixos de elaboração e acompanhamento de PTS, torna-se fundamental a criação de rotinas institucionais para sua discussão, como a realização de reuniões clínicas periódicas (semanais ou quinzenais) com foco exclusivo na construção e avaliação desses projetos, bem como a garantia de tempo protegido na agenda da equipe para esse fim. Recomenda-se também o uso de ferramentas de organização, como planilhas, prontuários e fichas de acompanhamento, para o registro e a atualização sistemática dos PTS.

Por fim, é essencial investir na capacitação da equipe quanto ao conceito e à operacionalização do PTS, uma vez que é comum haver confusão entre projeto terapêutico, anotações de evolução e planos padronizados. Ressalta-se que o PTS deve ser construído com o usuário, e não apenas para ele, incluindo, sempre que possível, a família ou a rede de apoio, respeitando-se a autonomia e a vontade do próprio sujeito.

A ausência de dados sobre pacientes que entraram em crise no período e sobre adesão do paciente à medicação compromete o monitoramento da efetividade do cuidado e da estabilidade clínica dos usuários. Importante ressaltar que são indicadores fundamentais para a avaliação da qualidade da assistência e para ações preventivas em saúde mental.

Mais uma vez, recomendamos que sejam avaliadas as causas da falha na coleta de dados, bem como sejam criados instrumentos que possibilitem tal coleta.

CAPS I

O indicador de participação dos núcleos familiares apresentou percentual baixo no primeiro e segundo quadrimestres, o que pode indicar dificuldades na adesão das famílias às atividades propostas, possivelmente relacionadas a barreiras de acesso, horários incompatíveis ou fragilidade na articulação com a rede familiar. No entanto, no terceiro quadrimestre há um aumento expressivo que sugere a adoção de estratégias mais eficazes de mobilização e sensibilização das famílias, representando um avanço importante, considerando o papel fundamental do suporte familiar no cuidado em saúde mental.

Com relação ao percentual de pacientes acompanhados no CAPS que entraram em crise no período, observa-se uma tendência de redução gradual ao longo dos quadrimestres, o que pode indicar uma maior efetividade das ações de acompanhamento contínuo, prevenção de crises e manejo precoce de sinais de agravamento, refletindo positivamente na qualidade do cuidado ofertado e na capacidade do serviço em reduzir situações de emergência.

Quanto à formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), os dados revelam percentuais elevados em todos os períodos. Apesar de uma discreta queda no segundo período, os índices indicam que a maioria dos usuários inseridos no serviço possui PTS formulado, o que demonstra um compromisso da equipe com o cuidado individualizado e orientado pelas necessidades específicas de cada usuário. Ainda assim, os dados reforçam a importância de manter e ampliar essa prática, buscando a universalização do PTS e seu acompanhamento sistemático.

Por fim, o indicador adesão do usuário à medicação manteve-se em 100% nos três quadrimestres analisados, evidenciando um resultado altamente positivo. Esse dado pode refletir um bom vínculo entre usuários e equipe, efetividade das estratégias de orientação e acompanhamento medicamentoso, além de um adequado acesso aos medicamentos. No entanto, é importante que esse indicador seja constantemente

monitorado e analisado de forma crítica, considerando também a adesão consciente e compartilhada, e não apenas o uso regular da medicação.

De modo geral, os indicadores apontam para um serviço que apresenta resultados satisfatórios, com melhorias importantes ao longo do tempo, especialmente na participação familiar e na redução de crises. Ao mesmo tempo, reforçam a necessidade de continuidade das estratégias bem-sucedidas e de investimento permanente na qualificação do cuidado, na participação da família e na consolidação do Projeto Terapêutico Singular como eixo central do acompanhamento no CAPS 1.

CONTROLE DE VETORES

Os dados evidenciam uma tendência de queda progressiva da densidade larvária, sugerindo que as estratégias de controle de vetores foram mais eficazes no último período, culminando em um cenário considerado ótimo em outubro. Tal cenário sugere que as ações de controle estão sendo eficazes e que houve uma redução no risco de transmissão de doenças como Dengue, Zika e Chikungunya.

Com relação às taxas de absenteísmo, observam-se expressivas taxas em diversos setores/serviços.

Na Atenção Básica, no terceiro quadrimestre, foram realizados 58.695 atendimentos, com média de absenteísmo de 26,62%. No segundo quadrimestre o indicador chegou a 24,12%, contra 18,83% no primeiro quadrimestre, mostrando um aumento crescente.

Na Atenção Especializada / Secundária as taxas variaram de maneira expressiva, com destaque para:

- CAPS AD: passou de 18,15% (primeiro quadrimestre) para 26,45% (terceiro);
- Ambulatório de infectologia: de 23,97% para 26,36%, fechando o terceiro quadrimestre com 25,55%.

Outros serviços como o Ambulatório de Saúde Mental Infantil (20,64%) e o Centro de Referência Julia Tenório (18,00%) também apresentaram taxas preocupantes.

O absenteísmo, caracterizado pela ausência do usuário a consultas, procedimentos ou atendimentos previamente agendados sem aviso prévio, constitui um desafio relevante para a gestão dos serviços de saúde. Seus impactos negativos repercutem diretamente na eficiência operacional, na qualidade da assistência prestada e na equidade do acesso aos serviços.

A ausência não comunicada resulta na subutilização da capacidade instalada, comprometendo o aproveitamento adequado dos recursos humanos, físicos e tecnológicos disponíveis. Profissionais permanecem ociosos nos horários reservados, configurando desperdício de tempo e elevação do custo por atendimento efetivamente realizado.

Além disso, elevadas taxas de absenteísmo contribuem para o aumento das filas de espera, uma vez que as vagas não utilizadas continuam registradas como atendimentos programados. Esse cenário retarda o acesso de outros usuários que necessitam do serviço gerando acúmulo de demanda reprimida, muitas vezes em situações clínicas que exigem intervenção oportuna.

Além disso, o absenteísmo recorrente, sobretudo em atendimentos de seguimento, como programas de controle de doenças crônicas, saúde mental, reabilitação e pré-natal, compromete a continuidade do cuidado e inviabiliza a execução adequada dos planos terapêuticos. Como consequência, observam-se desfechos clínicos insatisfatórios e, em diversos casos, o agravamento das condições de saúde.

Na Atenção Especializada, por exemplo, o não comparecimento às consultas de retorno após a realização de exames pode atrasar diagnósticos e o início de tratamentos essenciais. No campo da saúde mental, a quebra do vínculo assistencial decorrente do absenteísmo dificulta a adesão terapêutica e pode desencadear episódios de descompensação clínica.

Adicionalmente, altas taxas de absenteísmo dificultam o planejamento eficiente da oferta de serviços, reduzindo a efetividade das estratégias de dimensionamento da força de trabalho, logística de insumos e organização dos fluxos assistenciais. A imprevisibilidade do comparecimento também compromete os indicadores de desempenho, distorcendo a percepção sobre a real demanda e a efetividade da assistência prestada.

É de fundamental importância compreender o absenteísmo como um fenômeno que transcende a ausência individual do usuário, impactando diretamente a qualidade, a eficiência, a equidade e a resolutividade dos serviços de saúde. Torna-se, portanto, imprescindível identificar e monitorar continuamente esse indicador, bem como implementar estratégias preventivas, como comunicação ativa com os usuários, flexibilização do acesso e fortalecimento do vínculo assistencial.

A atuação integrada entre gestores, profissionais de saúde e comunidade é essencial para a transformação desse cenário, promovendo maior corresponsabilização e efetividade na atenção à saúde.

Por fim, reiteramos a recomendação de que seja mantido o acompanhamento contínuo e sistemático do Sistema de Informação de Gestão em Saúde do município (sistema próprio – SIGSS), com vistas a assegurar a plena integridade, consistência e permanente atualização dos dados nele registrados. Tal medida é essencial para prevenir perdas de informações, duplicidades e/ou incongruências cadastrais, as quais podem comprometer de forma substancial a fidedignidade das bases informacionais que subsidiam a formulação de políticas públicas, bem como o planejamento, a execução e a avaliação das ações e serviços de saúde.

Eventuais fragilidades nesse processo repercutem diretamente sobre a confiabilidade dos cálculos estatísticos, a precisão dos indicadores de desempenho e a regularidade dos repasses financeiros ao ente municipal, podendo acarretar distorções relevantes na análise do perfil epidemiológico da população e na adequada alocação dos recursos públicos destinados ao setor da saúde.

9. CONCLUSÃO

O presente Relatório de Cumprimento de Metas, referente ao 3º Quadrimestre de 2025, evidencia que o Convênio nº 001/2021 foi executado de forma satisfatória, com alcance predominante das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Plano de Trabalho.

Os resultados demonstram a manutenção da capacidade assistencial da rede municipal de saúde, com ampliação de atendimentos, evolução positiva em indicadores estratégicos da Atenção Primária e desempenho consistente na Atenção Especializada e Hospitalar, ainda que persistam pontos de atenção que demandam monitoramento contínuo e intervenções específicas.

Destacam-se, como desafios relevantes, as elevadas taxas de absenteísmo em diferentes níveis de atenção, a necessidade de aprimoramento de alguns indicadores assistenciais, especialmente aqueles relacionados ao acompanhamento de condições crônicas e à saúde da mulher, bem como o aperfeiçoamento dos processos de registro e monitoramento de dados. Tais aspectos já se encontram mapeados e vêm sendo objeto de ações corretivas e de planejamento estratégico por parte da entidade.

No que se refere à execução financeira, observa-se aderência global ao cronograma pactuado, com pequena diferença entre o valor previsto e o efetivamente repassado, atribuída principalmente à interrupção dos aportes destinados ao fundo de reserva para provisões trabalhistas a partir de junho de 2025, situação que permanece em acompanhamento junto ao ente convenente.

Dessa forma, conclui-se que a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela cumpriu, de maneira geral, as obrigações assumidas no âmbito do convênio, assegurando a continuidade, a qualidade e a integralidade da assistência prestada à população. Reitera-se o compromisso institucional com o aprimoramento contínuo dos serviços, a transparência na gestão dos recursos públicos e o fortalecimento das ações de saúde no município, em alinhamento com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Ilhabela, 02 de janeiro de 2026.


Therezinha Francisca Pereira Desmonts
Diretora Presidente