

S3

GESTÃO EM SAÚDE

70 anos
de assistência

PRONTO ATENDIMENTO
SÃO MARCOS
CONTRATO Nº 324/2022



S3

GESTÃO EM SAÚDE

70 anos
de assistência

RELATÓRIO MENSAL COM CUMPRIMENTO DE METAS QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Dezembro/2025

www.s3saude.com.br
(71) 4105-1335 contato@s3saude.com.br

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 4
2 OBJETIVO 6
3 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS 7
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO 7
3.2 INDICADORES QUANTITATIVOS 10
3.3 INDICADORES QUALITATIVOS 266
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 42
5 ANEXOS 44

1

INTRODUÇÃO

A S3 Gestão em Saúde, na condição de gestora do Pronto Atendimento (PA) São Marcos, com Contrato de Gestão nº 324/2022, com prazo de vigência de 24 meses, após renovação em 8 de setembro de 2024, atua desempenhando as melhores práticas de gestão para o alcance das metas pactuadas, com foco na garantia do acesso às ações e serviços prestados para a produção da saúde, com resolutividade e segurança da assistência ao paciente, conforme preconizado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Além dos objetivos contratuais previamente estabelecidos, informamos que, em 1º de março de 2024, houve um aditivo contratual que incluiu novos serviços, a saber: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Protocolo de Imunização de Urgência

O PA São Marcos, localizado à Rua do Campo, S/N – São Marcos, atua como um serviço de urgência e emergência em regime de observação 24 horas, oferecendo também serviços de apoio assistencial e administrativo para a população do Distrito Sanitário Pau da Lima (DSPL). Este distrito possui uma população estimada de 233.551 habitantes, sendo 122.788 do sexo feminino e 110.763 do sexo masculino (SESAB-DIS, 2018).

O território apresenta vulnerabilidades sociais significativas, incluindo contextos de violência, doenças crônicas e agudas, e outros agravos relacionados à saúde, necessitando de assistência e prestação de serviços de saúde para a população. O perfil de atendimento no PA São Marcos, conforme observado no decorrer do ano de 2025, continua, composto, em grande parte, por pacientes com lesões e distúrbios vasculares e doenças infecto contagiosa, com predominância

para tuberculose, o que muitas das vezes contribui para elevação do tempo de permanência na unidade aguardando regulação, além da ocupação constante de um único leito de isolamento, sendo necessário, na maioria das vezes, interditar consultório, afim de disponibilizar leito extra para suprir novas admissões.

O maior número de atendimentos é destinado a pacientes classificados como verdes, que nem sempre necessitam de medicação e outras intervenções, sendo orientados para tratamento ambulatorial e liberados com receituário, não havendo necessidade de maior permanência na unidade. A unidade também dispõe de profissional para realização de pequenos procedimentos cirúrgico, e uma sala destinada a este fim, o que atrai usuários de todos os Distritos Sanitários de Saúde (DSS) de Salvador para procedimentos como drenagens de abscessos e suturas.

Este documento constitui o trigésimo oitavo Relatório de Atividades para a Prestação de Contas do Contrato de Gestão Nº 324/2022, e apresenta o desempenho da equipe no período de 01 a 31 de dezembro de 2025. A seguir, detalhamos as atividades operacionais, além de avaliar os fatores epidemiológicos e sociais que influenciaram os resultados e a execução das metas contratuais quantitativas e qualitativas.

No mês de dezembro, observou-se uma redução no número de atendimentos por demanda espontânea na unidade. Esse comportamento está diretamente relacionado as características sazonais do período, marcado por festividades de fim de ano, recessos trabalhistas, férias escolares e deslocamentos da população para outras localidades. Historicamente, esse período apresenta diminuição na procura por serviços de urgência e emergência, especialmente para atendimentos de menor gravidade, uma vez que parte significativa da população se encontra em viagem. Portanto, a diminuição do volume de atendimentos no período reflete uma variação sazonal da procura, alinhada a dados históricos dos outros anos.

2

OBJETIVO

Em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 324/2022, apresentamos as atividades operacionais executadas pela gestão do Pronto Atendimento São Marcos no período de 01 a 31 de dezembro de 2025, evidenciando as metas qualitativas e quantitativas definidas e ratificando o compromisso da S3 Gestão em Saúde com a transparência e qualidade dos serviços prestados.

3

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O Pronto Atendimento (PA) São Marcos manteve-se de portas abertas (urgência) no mês de dezembro, contando com uma equipe de cinco médicos emergencistas (dois clínicos, dois pediatras e um cirurgião geral), além de um médico de retaguarda que acompanhou horizontalmente os pacientes em observação. O ordenamento da rede de urgência é mediado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), integrado à Central de Regulação Municipal e Estadual, o que garante a operacionalização eficiente da referência e contrarreferência dos pacientes admitidos.

No referido mês, o PA São Marcos concentrou sua atenção à saúde principalmente nos atendimentos de pacientes clínicos e considerável quantitativo de pacientes com complicações cardiovasculares, além de manter o perfil de pacientes com lesões em membros inferiores (MMII) e pacientes com doenças infectocontagiosas, principalmente, acometidos por tuberculose. Esses atendimentos exigem suporte e/ou encaminhamento para unidades especializadas. Os atendimentos a pacientes cirúrgicos apresentaram perfil de baixa gravidade, com procedimentos mais comuns sendo a drenagem de abscessos e suturas.

No que concerne à internação, 126 pacientes foram admitidos durante o mês, dos quais, 85 foram regulados para outras instituições para dar continuidade ao seu tratamento, principalmente para leitos de clínica médica, 17 pacientes receberam

alta após tratamento, 08 evadiram da unidade e 02 evoluíram para óbito. Ocorreram 03 óbitos não institucionais, ou seja, paciente que já chegou para atendimento em condição de óbito. Os demais pacientes permaneceram em observação, aguardando regulação para hospitais de referência.

Dos atendimentos realizados, 12 foram classificados como vermelho (emergência), 89 como laranja (muito urgente), 1.809 como amarelo (urgente), 4.888 como verde (pouco urgente) e 12 como azul (não urgente), seguindo o Protocolo de Manchester adaptado, implantado integralmente na Unidade por meio do Sistema MV Soul.

GESTÃO EM SAÚDE

3.2 INDICADORES QUANTITATIVOS

A seguir serão apresentados os resultados das metas e indicadores quantitativos, segundo Grupo de Produção (02, 03 e 04) do Contrato de Gestão Nº 324/2022 referente ao mês de dezembro de 2025, identificando o alcance, os principais problemas, plano de ação e justificativas quando necessárias. No anexo 01 consta o relatório comprobatório de faturamento importado mensalmente em BPA.

PANORAMA GERAL DAS METAS QUANTITATIVAS

Segue o panorama geral das metas quantitativas, referente ao PA São Marcos, durante o mês de dezembro de 2025 (ANEXO 01).

Quadro1- Panorama geral das metas quantitativas, PA São Marcos, dezembro 2025

Acompanhamento das Metas Quantitativas

PA São Marcos - Contrato:324/2022

GRUPO 02 – PROCEDIMENTOS DE FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
	Meta Mensal	**Produção Dezembro (nº)**	**Alcance em %**
Exames Laboratoriais	5.000	4.904	98%
Exames Radiológicos	2.000	1.018	51%
Métodos Diagnósticos em Especialidades – ECG	900	595	66%
Alcance Grupo 02	**7.900**	**6.517**	**82%**
GRUPO 03 - PROCEDIMENTO			
	Meta Mensal	**Produção Dezembro (nº)**	**Alcance em %**
Atendimento médico de Urgência	8.150	7.218	89%
Acolhimento com classificação de risco	6.000	6.810	114%
Consultas com profissionais de nível superior (exceto médico)	3.000	7.959	265%
Atendimento de enfermagem em geral	9.000	9.433	105%
Alcance Grupo 03	**26.150**	**31.420**	**120%**
GRUPO 04 – PROCEDIMENTOS CIRURGICOS			
	Meta Mensal	**Produção Dezembro (nº)**	**Alcance em %**
Pequenas cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucoso.	650	693	107%
Alcance Grupo 04	**650**	**693**	**107%**
GRUPO 05 – ATENÇÃO DOMICILIAR			
	Meta Mensal	**Produção Dezembro (nº)**	**Alcance em %**
Pacientes acompanhados pelas Equipes do SAD (2 equipes) - 60 pacientes por equipe	120	121	101%
Procedimentos realizado pelas Equipes do SAD (2 equipes	1.280	3.348	262%
Alcance Grupo 05	**1.400**	**3.469**	**248%**
TOTAL GERAL	**36.100**	**42.099**	**117%**

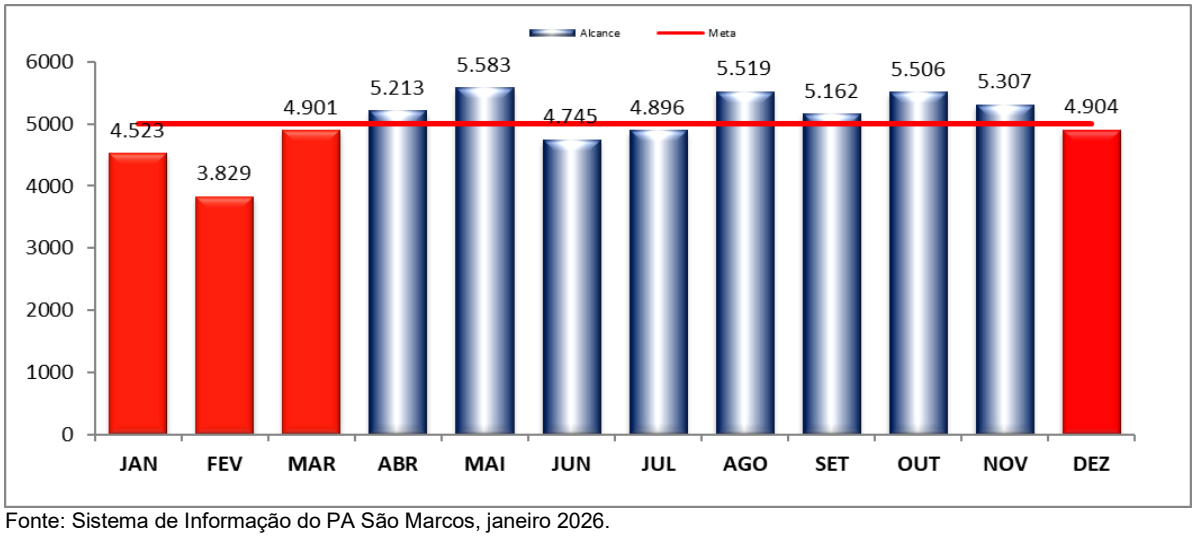
Fonte: Sistema de informação do PA São Marcos, janeiro 2026.

GESTÃO EM SAÚDE

PANORAMA DAS METAS QUANTITATIVAS POR GRUPO E PROCEDIMENTOS

INDICADORES GRUPO 02

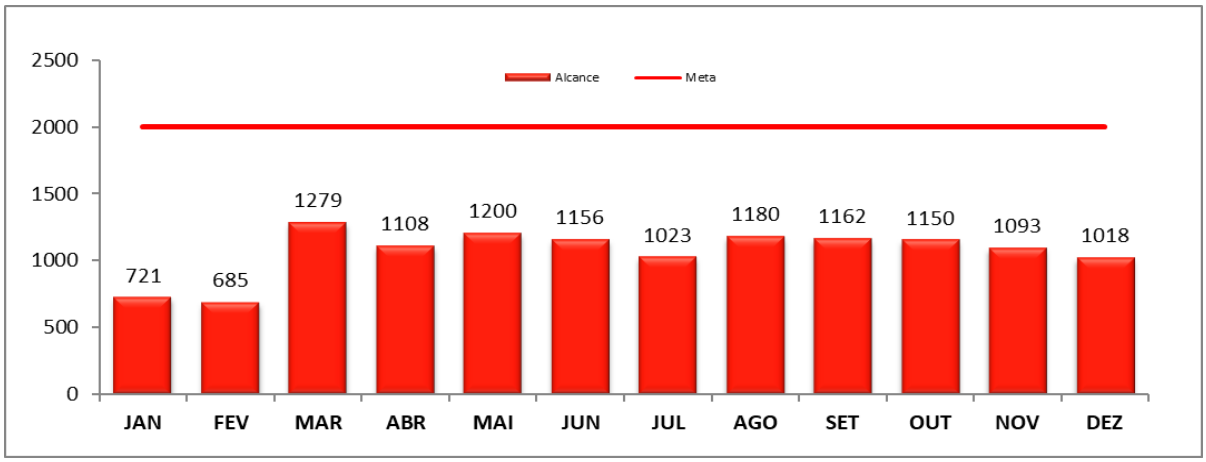
Gráfico 1 – Número de exames laboratoriais realizados, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação do PA São Marcos, janeiro 2026.

Em dezembro de 2025, foram realizados 4.904 exames laboratoriais, correspondendo a 98% da meta pactuada (Gráfico 1), não atingindo a meta proposta de 5000 exames mês, entretanto, o resultado alcançado ficou muito próximo da meta estabelecida. A redução está diretamente relacionada a sazonalidade característica do mês de dezembro, quando há uma diminuição natural da demanda assistencial em função aos períodos festivos e das férias escolares. Nesse contexto, observa-se que parte da população tende a viajar, o que impacta diretamente a procura pelos serviços de saúde e, consequentemente, o número de exames realizados. Cabe ressaltar que foi disponibilizado todos os insumos, bem como, equipe necessária durante todo o mês, nas 24 horas, para processamento dos exames prescritos, reafirmando que à produção está diretamente ligada e dependente da demanda que chega até o PA São Marcos.

Gráfico 2 – Número de exames radiológicos realizados, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação do PA São Marcos, janeiro 2026.

Conforme o Gráfico 2, foram realizados 1.018 exames radiológicos perfazendo 51% da meta pactuada, quantitativo muito próximo ao mês anterior. Esta meta está diretamente relacionada ao perfil da demanda clínica apresentada pelos pacientes atendidos no período no PA São Marcos. Observou-se uma redução significativa dos casos cuja avaliação médica indicava a necessidade de exames radiológicos, especialmente quadros traumáticos e respiratórios, que, historicamente, são os principais direcionadores desse tipo de solicitação de exames. É importante ressaltar que, a indicação de exames radiológicos é baseada na avaliação clínica realizada no momento da consulta médica, seguindo critérios de necessidade para diagnóstico do quadro do paciente. Durante o mês em análise, a meta não foi alcançada, dessa forma, a meta não está associada a limitações operacionais, mas sim, ao comportamento epidemiológico dos períodos.

Vale ressaltar que o PA conta com capacidade instalada com aparelho de RX digital e com capacidade de funcionamento em 100% para realização de todos os exames radiológicos solicitado pelo profissional médico.

O serviço de apoio diagnóstico da Unidade, além de atender à demanda espontânea, mantém articulação efetiva com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), a Atenção Domiciliar e a Atenção

Hospitalar da região. Esse atendimento se dá por meio de fluxos lógicos e eficientes de referência, garantindo a integralidade da assistência prestada.

Ao examinarmos a série histórica de produção de Raio-X durante todo o período contratual, bem como o número de atendimentos de baixa complexidade (classificação de risco azul e verde) e a presença de procedimentos ortopédicos na Programação Física Orçamentária (FPO) da Unidade, torna-se evidente que a meta estabelecida pode estar superestimada.

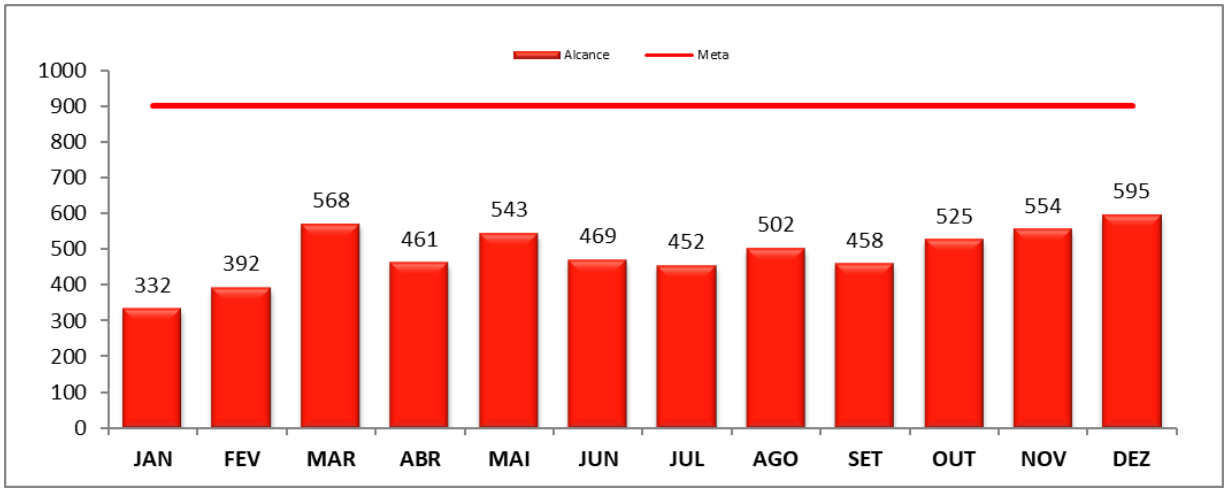
Ressaltamos, ainda, que a Unidade não é referência para ortopedia na rede de atenção à urgência do município de Salvador, o que impacta diretamente na demanda e, consequentemente, no cumprimento da meta estabelecida.

A seguir a série histórica de produção dos referidos exames nos anos de 2023, 2024 até dezembro de 2025:

Raio-X						
MÊS	**2023**		**2024**		**2025**	
	RAIO-X	**% da Meta**	**RAIO-X**	**% da Meta**	**RAIO-X**	**% da Meta**
JANEIRO	455	22,75%	513	25,6%	721	36,1%
FEVEREIRO	523	26,15%	532	26,6%	685	34,3%
MARÇO	652	32,60%	266	13,3%	1.279	64%
ABRIL	273	13,65%	696	34,8%	1.108	55,4%
MAIO*	-	0,00%	577	28,8%	1.200	60%
JUNHO*	-	0,00%	556	27,8%	1.156	58%
JULHO	554	27,70%	835	41,8%	1.023	51%
AGOSTO	659	32,95%	865	43,3%	1.180	59%
SETEMBRO	777	38,85%	1005	50,3%	1.162	58%
OUTUBRO	724	36,20%	990	49,5%	1.150	58%
NOVEMBRO	651	32,55%	816	40,8%	1.093	55%
DEZEMBRO	571	28,55%	842	42,1%	1.018	51%

Fonte: Sistema de Informação do PA São Marcos, janeiro 2026.

Gráfico 3 – Número de exame por Métodos Diagnósticos em especialidades – ECGs, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação do PA São Marcos, janeiro 2026.

No período de 01 a 31 de dezembro de 2025, foram realizados 595 eletrocardiogramas (ECG) correspondendo a 66% da meta pactuada.

Vale ressaltar que essa meta é dependente da demanda espontânea e perfil dos pacientes que buscam atendimento na unidade. Observou-se uma predominância de pacientes classificados verdes (poucos urgentes), casos de baixa complexidade que, de acordo com o quadro clínico apresentado, não apresentaram indicação médica para realização do exame. Ressaltamos que o não cumprimento da meta não está relacionado à falta de estrutura ou capacidade operacional da Unidade de Saúde, uma vez que esta possui capacidade instalada e equipamentos necessários, conforme estipulado no Contrato de Gestão.

O serviço de apoio diagnóstico da unidade está bem articulado com os seguintes setores:

- Atenção Básica: Integração para garantir continuidade do cuidado.
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192): Colaboração para atendimentos emergenciais.

- Atenção Domiciliar: Suporte para pacientes que necessitam de cuidados em casa.
- Atenção Hospitalar: Referência e contrarreferência eficientes para atendimento hospitalar.

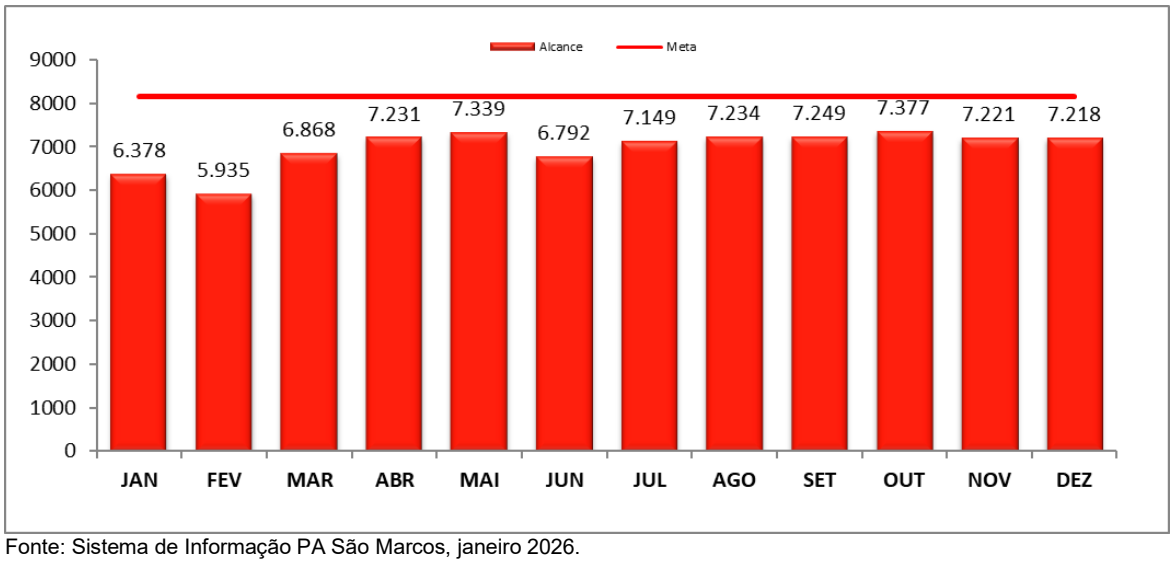
Essas articulações são feitas por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência, garantindo a integralidade da assistência prestada.

O PA São Marcos é referência no protocolo IAM (Infarto Agudo do Miocárdio). Esse é um protocolo assistencial gerenciado para o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica aguda ou seus equivalentes, ou seja, sintomas compatíveis com a possibilidade de serem decorrentes de uma síndrome coronária aguda ou de outras doenças cardiovasculares graves, inclusive, no dia 05/12/25, pelo segundo ano consecutivo, a unidade foi certificada pelo projeto SPRINT pelo exemplar engajamento e eficiência na realização de ECG em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM), destacando-se pela adesão aos treinamentos, desempenho nos indicadores de assistência e participação ativa no Protocolo IAM, garantindo a agilidade no diagnóstico e no tratamento.

Assim, ao examinarmos a série histórica da produção de ECG durante todos os anos de 2023, 2024 e 2025, conforme expresso nos faturamentos mensais, bem como o número de atendimentos de baixa complexidade (classificação de risco azul e verde), torna-se evidente que a produção está coerente com a demanda e quadro clínico apresentado pela população usuária do serviço.

INDICADORES GRUPO 03

Gráfico 4 – Número de atendimento médico de urgência no PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

No período de 01 a 31 de dezembro de 2025, foram contabilizados **6.505** atendimentos médicos de **urgência** e **713** atendimentos de urgência com **observação até 24h** em atenção especializada, um **total de 7.218** atendimentos, perfazendo 89% da meta pactuada. Vale ressaltar que 6.650 é a meta proposta para atendimentos médicos de urgência e emergência, a qual se alcançou 97%, considerando que realizamos 6.505 atendimentos. Embora a meta não tenha sido atingida em sua totalidade, o resultado alcançado demonstra elevado desempenho da unidade, com execução muito próxima do previsto.

Importante destacar que esse indicador está totalmente relacionado a condição de saúde dos pacientes que procuraram atendimento na unidade (demanda espontânea), além das consultas de cirurgião, as quais demandam tempo de anamnese e desfecho clínico muito superior às de clínica médica, haja vista que, para além da consulta, existem as demandas de procedimentos, os quais, conforme a sua extensão e especificidades, são atendimentos singulares, avaliados caso a caso.

Cumpre salientar que a condição de violência no bairro é um dos fatores que compromete a consecução dessa meta, haja vista que inviabiliza a procura dos serviços, principalmente por usuários de outras localidades mais próximas, ficando esse acesso limitado a pacientes que residem nas proximidades do PA.

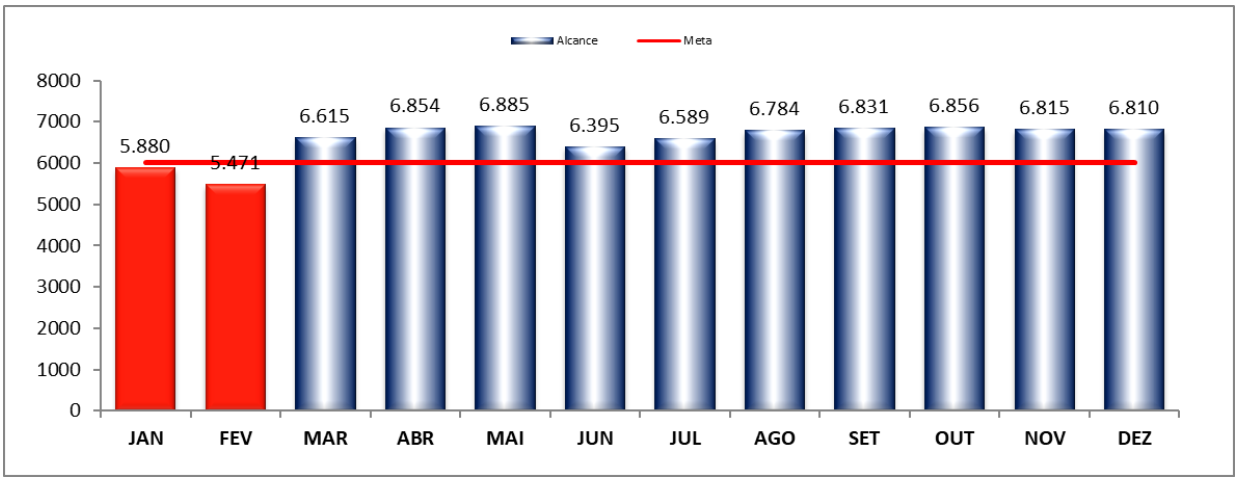
Outro fator constatado e que vem impactando na consecução da meta, é a indisponibilidade de leitos, devido a elevada taxa de permanência. Nesse sentido, cabe informar que no período de 01 a 31/12/25, a unidade esteve com 713 pacientes com permanência até 24 horas, os quais permaneceram na unidade aguardando resultado de exames e melhora do quadro clínico, destes, 126 permaneceram internados por mais de 24 horas e foram admitidos nos leitos de observação masculina, feminina, leito de isolamento, pediatria, sala vermelha e leitos extras.

A fim de garantir a continuidade da assistência ao longo do mês, as áreas da sala vermelha, o isolamento e a observação amarela, precisaram operar com leitos extras, o que levou ao internamento de 38 pacientes com a média de permanência de 7 dias, acomodados em poltronas e macas, configurando como leitos extras, sendo necessário a interdição de consultórios e sala de medicação para a acomodação dos mesmos.

Assim, diante dos números aqui apresentados, fica evidente todo o empenho da gestão no cumprimento da meta proposta, contudo, há que se considerar a capacidade instalada da unidade e o tempo de permanência dos pacientes, que podem contribuir para não consecução da meta.

Reafirmamos que a unidade manteve funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, com equipe médica e multiprofissional completa e capacidade instalada para realização dos atendimentos com qualidade na assistência ofertada.

Gráfico 5 – Número de acolhimento com classificação de risco, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

No período de 01 a 31 de dezembro de 2025, foram realizados 6.810 acolhimentos com classificação de risco, perfazendo 114% da meta pactuada, superando a meta proposta que é de 6.000 classificações ao mês. Vale salientar que absolutamente todos os pacientes que adentram o PA São Marcos são classificados pelo profissional enfermeiro.

Importante frisar que todos os pacientes atendidos foram classificados pelo método de *Manchester*, e por se tratar de atendimento de urgência e emergência toda a demanda é espontânea, dependendo exclusivamente da procura da população por assistência.

Salientamos que há uma diferença entre o valor de atendimento médico e os pacientes acolhidos na classificação de risco, pois no atendimento médico também é contabilizado diariamente os pacientes que estão aguardando regulação para outra unidade.

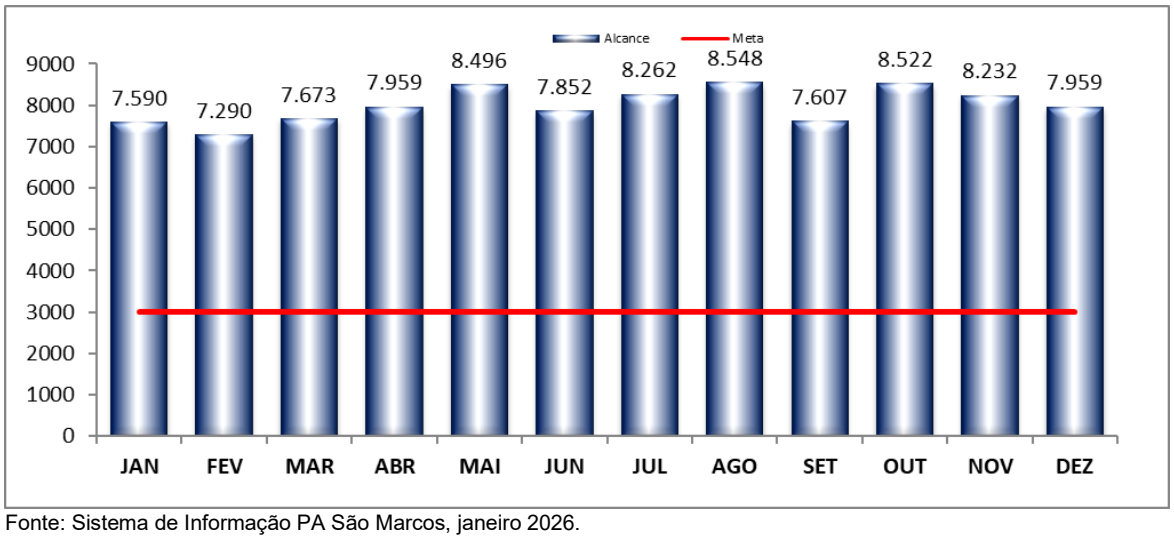
QUADRO A – Classificação de risco (método de *Manchester),* PA São Marcos, dezembro 2025.

Classificação Azul	**6.810**	**12**
Classificação Verde		**4.888**
Classificação Amarelo		**1.809**
Classificação Laranja		**89**
Classificação Vermelho		**12**

O protocolo de Manchester, método de classificação utilizado no PA São Marcos, consiste em um método de classificação de riscos amplamente utilizado no mundo para determinar quais são os atendimentos prioritários nas unidades de emergência.

Considerando a classificação de risco como critério para estabelecer o grau de prioridade dos pacientes, dentre as demandas que se apresentaram nas emergências, os quais, embasados em critérios clínicos, devem ter prioridade de atendimento, na seguinte ordem: 1) vermelho: pacientes graves; 2) laranja: muito urgente; 3) amarelo: urgente; 4) verde: pouco urgente; e 5) azul: não urgente.

Gráfico 6 – Número de consultas de profissionais de nível superior (exceto médico), PA São Marcos, dezembro 2025.

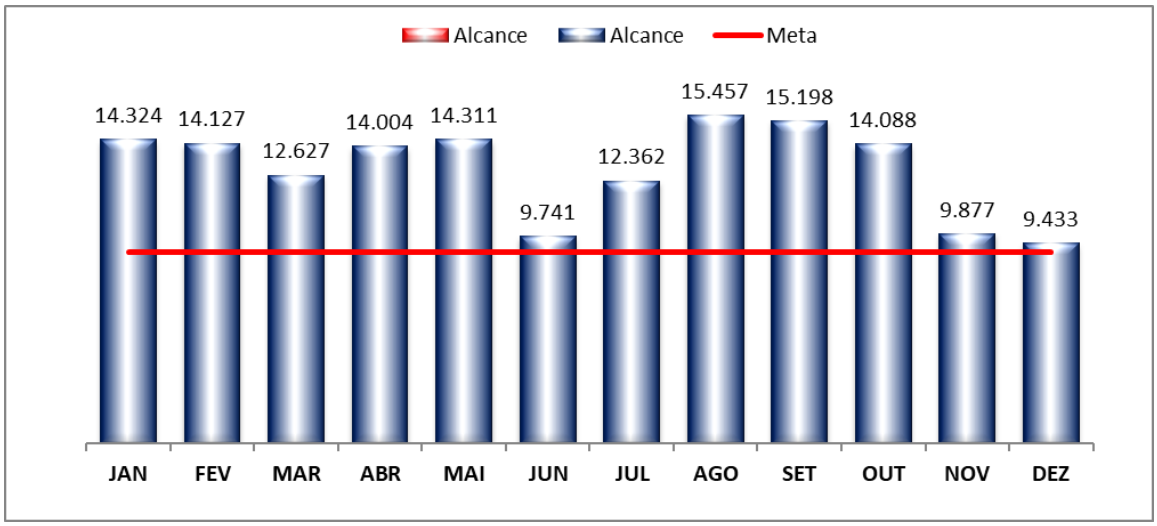


Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

No presente mês, foram realizadas 7.959 consultas de profissionais de nível superior (exceto médico), perfazendo 265% da meta, ultrapassando a meta estabelecida de 3.000 consultas mês. As consultas correspondem aos atendimentos de: 1) enfermagem com 7.189 atendimentos; 2) nutrição com 133 atendimentos; 3) serviço social com 326; 4) Farmácia com 311.

Essa meta vem sendo alcançada satisfatoriamente evidenciando a importância do trabalho multidisciplinar desenvolvido no PA São Marcos.

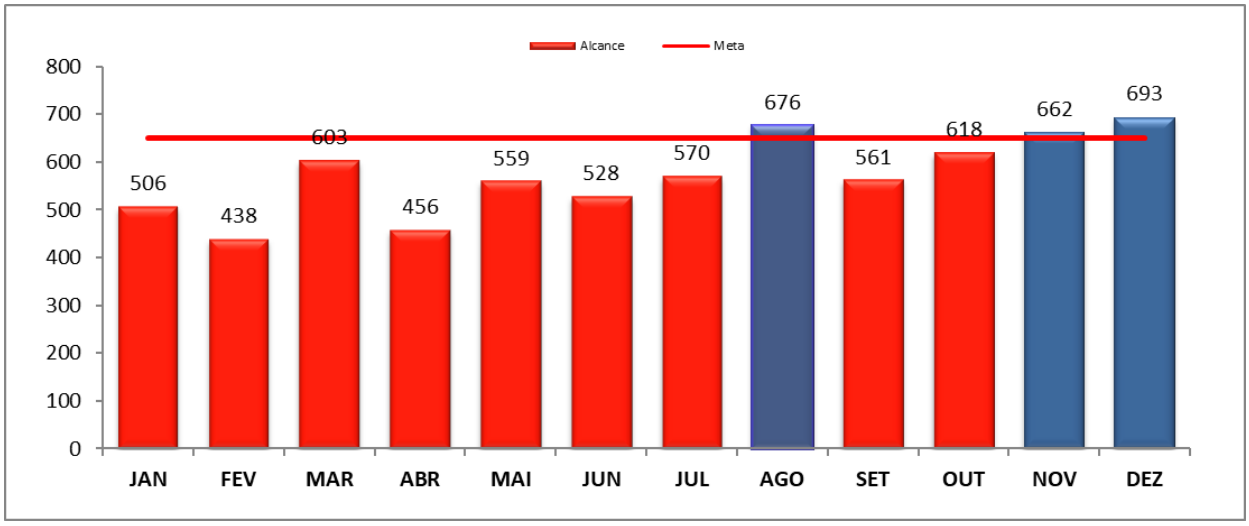
Gráfico 7 – Número de atendimento de enfermagem em geral, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

Foram realizados 9.433 atendimentos de enfermagem em geral, perfazendo 105% da meta pactuada, superando o pactuado de 9.000 atendimentos por mês. Observou-se no mês de dezembro uma redução no número total de registros quando comparado ao mês anterior. Apesar dessa redução, é importante ressaltar que, a meta estabelecida foi alcançada, essa variação está diretamente relacionada pela definição da tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) para o referido Cod n° 03.01.10.001-2. A descrição estabelece que o procedimento consiste no ato de administrar medicamentos por paciente, independentemente da quantidade de medicações administradas, ainda que sejam prescritas diversas medicações. Dessa forma, só é contabilizado apenas um procedimento por paciente, o que repercute diretamente no volume registrado. Este indicador está relacionado com a assistência de enfermagem realizada pelo técnico de enfermagem e enfermeiro, que ocorre de forma ininterrupta e enquanto o paciente permanece na unidade. Dentre os procedimentos que foram mais executados estão: administração de medicamentos, curativo simples, cateterismo vesical de alivio e demora, aferição de pressão arterial, e oxigenioterapia.

Gráfico 8 – Pequenas cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucoso, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

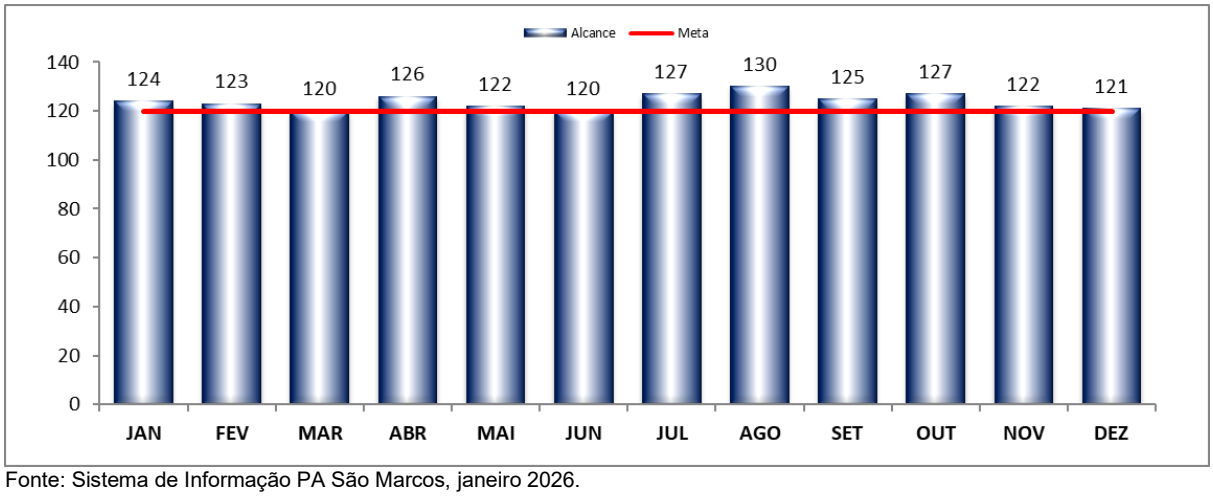
No presente mês foram realizados 693 procedimentos cirúrgicos, perfazendo 107% da meta pactuada que é de 650 procedimentos.

No mês de dezembro, observamos um aumento significativo nos atendimentos vasculares, especialmente de pacientes apresentando lesões extensas, com grande área de tecido afetado, profundidade aumentada e elevado nível de exsudato (Grau II). Esse perfil clínico demandou cuidados mais complexos e um tempo maior para a execução dos procedimentos, ressalvamos que possuímos profissionais capacitados para realização desse indicador, assim como disponibilizamos materiais necessários para execução dos procedimentos. O tempo de atendimento dispendido pelo cirurgião na execução dos procedimentos cirúrgicos, variam conforme a especificidade das lesões apresentadas por cada paciente, que além do tempo de realização dos procedimentos, faz-se necessário a desinfecção e preparo da única sala de procedimentos, após cada atendimento, diferentemente dos consultórios de clínica médica e pediatria.

GESTÃO EM SAÚDE

Indicadores Grupo 05

Gráfico 09 – Pacientes acompanhados pelas equipes do SAD (02 equipes), PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

No presente mês, somamos 121 pacientes elegíveis, cadastrados e acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar do PA São Marcos, perfazendo um percentual de 101% da meta proposta.

Mesmo sabendo que se trata de uma meta global, cujo valor mensal deve ser mantido em 120 pacientes acompanhados pelas equipes, foi possível o acompanhamento de 121 pacientes. Vale ressaltar que os perfis de pacientes atendidos pelo SAD PA São Marcos, em sua grande maioria, apresentam-se com lesões extensas e complexas, comorbidades avançadas e em cuidados paliativos, o que demanda rotina de visitas frequentes por parte dos profissionais.

Cumpre salientar que estamos impossibilitados de acesso aos relatórios do sistema Vida+, os quais, após fechamento do mês é solicitado à gerência Municipal, que submete ao NTI da SMS para a sua disponibilização. Contudo, considerando a necessidade de elaboração e emissão desse relatório em tempo hábil, para avaliação por essa douta comissão, mantemos também, rotina de registro em planilhas, as quais são alimentadas a partir das informações registadas no

formulário de acompanhamento diário dos pacientes, através dos profissionais que compõem as equipes do SAD, conforme ANEXO 18.

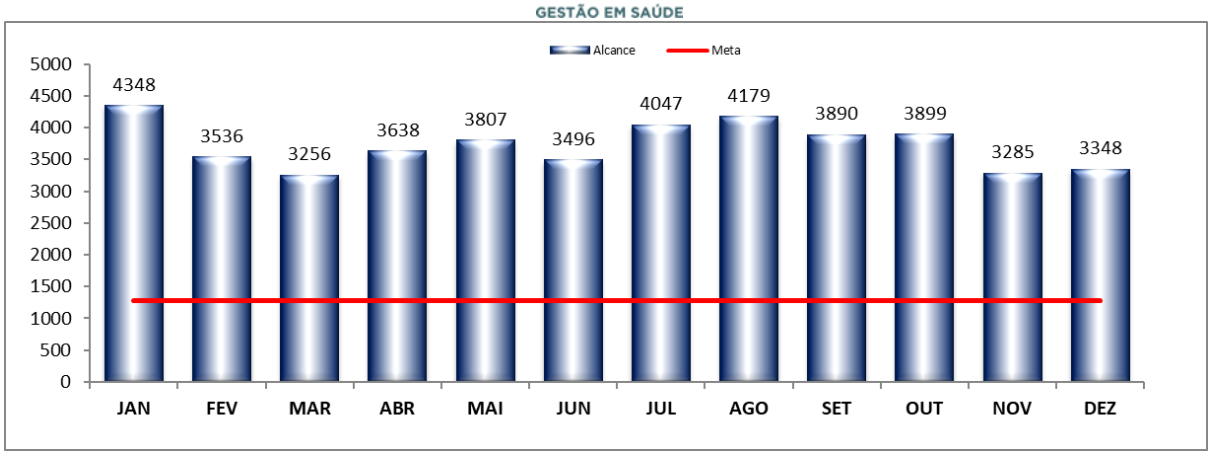
Esse indicador foi contemplado através do 1º **Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Nº 324/2022** com escopo de inclusão do novo serviço, sendo este: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), considerando o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Salvador, a gestão municipal de Salvador solicitou implantação da equipe de AD do PA SÃO MARCOS localizada no Distrito Sanitário Pau da Lima com perfil AD2.

A **Atenção Domiciliar (AD)** é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde.

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela **equipe de Saúde da Família/Atenção Básica** de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas **equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD)** e **de apoio (EMAP)**, do **Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).**

O acesso ao SAD é geralmente feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Gráfico 10 – Procedimentos realizados pelas equipes do SAD (02 equipes) PA São Marcos, dezembro 2025



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

Esse indicador refere-se aos procedimentos realizados pelas equipes assistenciais multidisciplinares (EMAD1 e EMAD 2) no domicílio dos pacientes acompanhados pelo SAD. Dentre os procedimentos realizados podemos destacar: aferição de sinais vitais, administração de medicação endovenosa, fisioterapia motora e respiratória, coleta de exames laboratoriais, consultas, curativos, dentre outros.

No mês de dezembro 2025, foram realizados 3.348 procedimentos no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Pronto Atendimento São Marcos, para um quantitativo de 121 pacientes, uma média de 28 procedimentos por paciente, perfazendo 262% da meta pactuada, superando expressivamente o quantitativo proposto.

Vale salientar que nesse elenco de procedimentos estão inseridos os curativos e reabilitação motora, importantes intervenções com excelentes resultados, inclusive, reduzindo complicações e reinternamentos, devolvendo a dignidade e auto estima para inúmeros pacientes assistidos pelo programa.

Ressaltamos que continuamos utilizando planilhas como recurso adicional para o controle efetivo das informações relativas a procedimentos realizados pelas equipes do SAD, considerando que o Sistema Vida+ não reflete com fidedignidade o quantitativo de procedimentos realizados, uma vez que limita a apenas um curativo por paciente e o cadastro de um único procedimento por dia. Nesse elenco de procedimentos, encontra-se a administração de medicações venosas, tais como antibióticos, que são realizados até duas vezes ao dia.

3.3 INDICADORES QUALITATIVOS

Panorama geral das metas qualitativas

Quadro 2 - Panorama geral das metas qualitativas, PA São Marcos, dezembro 2025

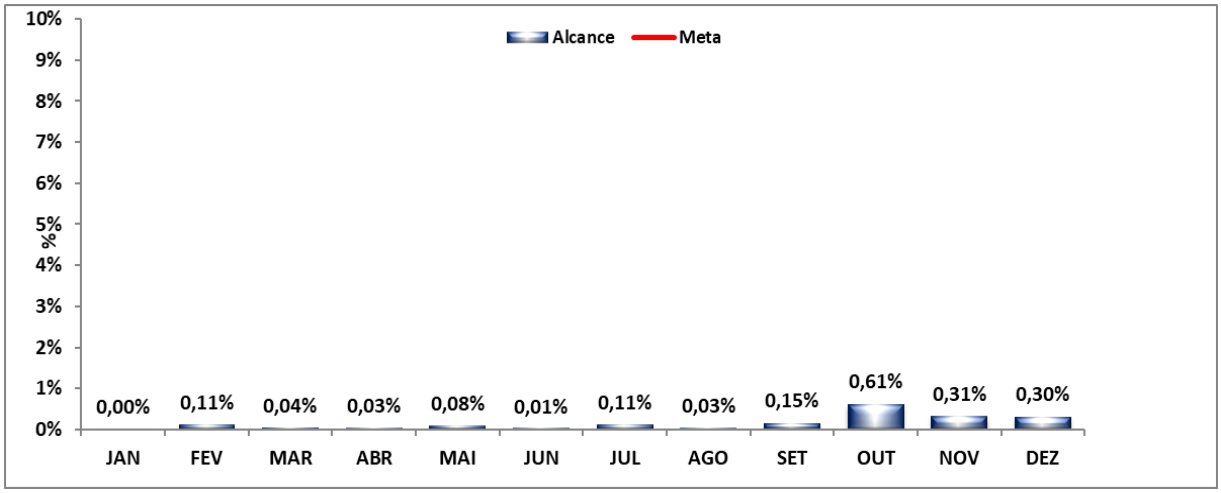
Acompanhamento das Metas Qualitativas PA São Marcos - Contrato:324/2022		
BLOCO DE AVALIAÇÃO 1 - DESEMPENHO DA GESTÃO AMBULATORIAL		
	Meta Mensal	**Alcance Dezembro**
Taxa de retorno a emergência em até 72 horas pela mesma causa	≤ 6%	0,30%
Tempo Médio de Espera do Paciente Urgente (Amarelo)	≤ 30 minutos	19minutos e 16segundos
Tempo Médio de Espera do Paciente Pouco Urgente (Verde)	≤ 120 minutos	66 minutos e 28segundos
Taxa de tomada de decisão em até 06 horas	≥ 90%	90,80%
Implantação dos Protocolos Clínicos Multidisciplinares para as patologias com desfecho clínico tempo dependente	01 protocolo implantado e gerenciado a cada 03 meses	100% Implantado ANEXO 05
Percentual mensal desfecho Altas - SAD	≥10%	10%
Percentual de visitas por usuários - SAD	≥91%	415%
BLOCO DE AVALIAÇÃO 2 - DESEMPENHO DA GESTÃO DA INFRAESTRUTURA E AMBIENTAL		
	Meta Mensal	**Alcance Dezembro**
Implantar e implementar o Programa de Gerenciamento de Resíduos no Serviço de Saúde - PGRSS	PGRSS atualizado encaminhado para VISA e COREN	100% Implanatado ANEXO 06
Implantar o Programa de Manutenção Preventiva da Estrutura Físico-funcional	Cronograma	100% Implanatdo ANEXO 07
Implantar o Programa de Manutenção Preventiva e Calibrações dos Equipamentos Biomédicos.	Cronograma Realizado	100% Implanatdo ANEXO 08
BLOCO DE AVALIAÇÃO 03 - DESEMPENHO DA GESTÃO DE PESSOAS		
	Meta Mensal	**Alcance Dezembro**
Taxa de acidentes de trabalho	Máximo de 0,4%	0,35%
Índice de atividades realizadas pela Educação Permanente	Mínimo de 7,0 / 1.000 horas	18,17/1000 HH
BLOCO DE AVALIAÇÃO 04 - DESEMPENHO NA ÁREA DE CONTROLE SOCIAL		
	Meta Mensal	**Alcance Dezembro**
Índice de Satisfação dos Usuários dos Serviços	80%	90%
BLOCO DE AVALIAÇÃO 05 - Auditoria de Grupos Técnicos Permanentes		
	Meta Mensal	**Alcance Dezembro**
Implantar a Comissão Multidisciplinar de Análise e Revisão de Prontuários	100% dos prontuários	100% Implantado ANEXO12
Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente	Implantar em até 06 meses após início das atividades	100% Implantado ANEXO13
Implantar a Comissão de Análise e Revisão de Óbitos	100% dos óbitos analisados	100% Implantado ANEXO14
Comissão de Ética Médica	Implantar em até 06 meses após início das atividades	100% Implantado ANEXO15
Comissão de Ética de Enfermagem	Implantar em até 06 meses após início das atividades	100% Implantado ANEXO16
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH	Implantar em até 06 meses após início das atividades	100% Implantado ANEXO17
Comitê Transfusional	_____	100% Implantado ANEXO19
Comissão de Farmácia e Terapêutica	_____	100% Implantado ANEXO 20
Comissão de Pele e Feridas	_____	100% Implantado ANEXO 21

Fonte: Dados do sistema de informação do PA São Marcos, janeiro 2026.

A seguir, serão apresentados os resultados qualitativos segundo os Blocos de avaliação: 1) Desempenho da Gestão Assistencial; 2) Desempenho da Gestão de Infraestrutura e Ambiental; 3) Desempenho da Gestão de Pessoas; 4) Desempenho na Área de Controle Social; e 5) Auditoria de Grupos Técnicos Permanentes. Referente ao mês de abril, conforme contrato Nº 324/2022, identificando o alcance, os principais problemas, plano de ação e justificativas quando necessário.

Bloco de avaliação 09 - Desempenho da Gestão Assistencial

Gráfico 11 – Taxa de retorno à emergência em até 72 horas pela mesma causa, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Dados do sistema de informação do PA São Marcos, janeiro 2026.

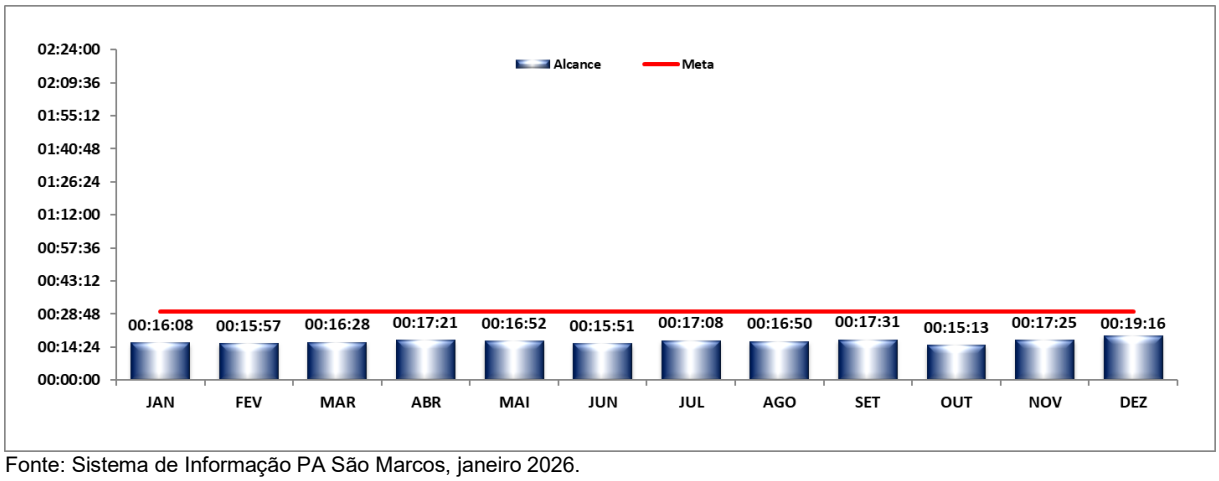
No mês de dezembro de 2025, a taxa de retorno ao Pronto Atendimento São Marcos foi de 0,30%, frente a meta pactuada de até 6%. Dos 6.505 pacientes atendidos na urgência e emergência, apenas 20 destes retornaram com o mesmo sintoma em até 72 horas, conforme evidencia o ANEXO 04.

Com o Sistema MV, essas informações são extraídas via banco de dados *Oracle SQL* que lista todos os atendimentos ocorridos no mês com a repetição do CID em até 72 horas de atendimento. Desse modo, o número de atendimentos é

calculado a partir da Gestão à Vista, considerando-se as entradas, excluindo os atendimentos internos de manutenção dos pacientes internados.

Por fim, após contabilização do total de retornos pela mesma causa, é aplicada a fórmula para taxa, definida em Contrato de Gestão Nº 324/2022. Vale ressaltar que quanto menor a taxa, melhor é este indicador, sendo realizado com sucesso.

Gráfico 12 – Tempo Médio de Espera do Paciente Urgente (Amarelo), PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

No mês de dezembro de 2025, o tempo médio de espera para pacientes classificados como urgentes (Amarelo) foi de 19 minutos e 16 segundos, considerando que a meta proposta é até 30 minutos. Os resultados evidenciam que a meta pactuada foi cumprida, ratificando todo o comprometimento e empenho da gestão frente às boas práticas assistenciais, bem como, ao cumprimento das metas contratualizadas.

Nesse sentido, cabe ressaltar que utilizamos como instrumento norteador para nossa análise e classificação de risco, os parâmetros do protocolo de Manchester, o qual preconiza o tempo de 60 minutos para pacientes urgentes, contudo, com base na meta contratual, bem como, nas boas práticas assistências, empreendemos esforços contínuos no intuito de reduzirmos o tempo de espera e, como prática de acolhimento, todos os nossos pacientes, após triados como amarelo

são direcionados para a área assistencial, não retornando para a recepção. Essa medida permite à equipe assistencial estar atenta e mais próxima aos pacientes, favorecendo na intervenção imediata, quando da identificação de alguma alteração no quadro clínico.

Para continuar cumprindo, conforme meses anteriores e potencializar a redução no tempo de espera, as seguintes ações são implementadas continuamente:

Otimização do Fluxo de Atendimento: Revisão e ajuste contínuo dos processos de triagem e atendimento para identificar e eliminar possíveis gargalos.

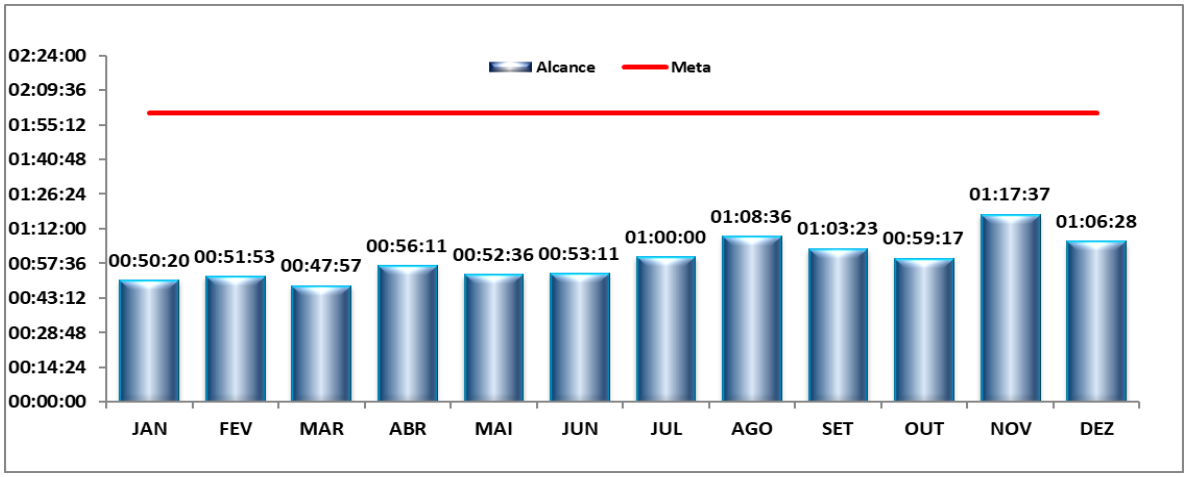
Capacitação da Equipe: Treinamento contínuo da equipe de triagem e atendimento para garantir a eficiência e a rapidez no processo de classificação e atendimento dos pacientes urgentes.

Monitoramento Constante: Implementação de um sistema de monitoramento constante do tempo de espera, com relatórios diários para identificar tendências e áreas de melhoria.

Recursos Adicionais em Horários de Pico: Alocação de recursos adicionais (equipe e equipamentos) durante os horários de maior demanda para reduzir o tempo de espera.

A preocupação com o cumprimento da meta de tempo de espera para pacientes urgentes demonstra o compromisso da S3 Gestão em Saúde com a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. Continuaremos a monitorar e otimizar nossos processos para assegurar que todos os pacientes recebam atendimento rápido e adequado.

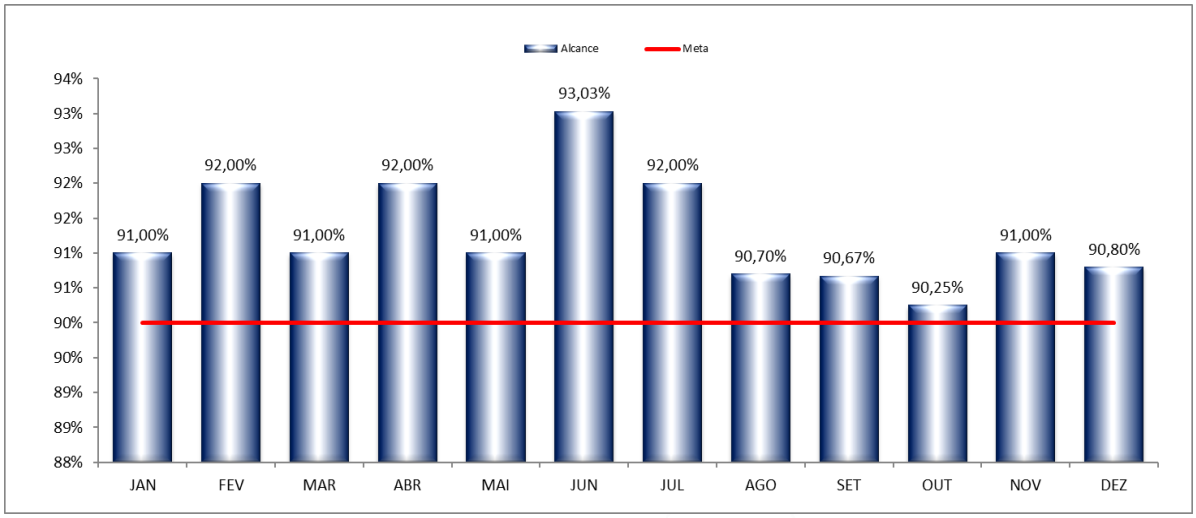
Gráfico 13 – Tempo Médio de Espera do Paciente pouco urgente (Verde), PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

No mês de dezembro de 2025, o tempo médio de espera para pacientes classificados como Pouco Urgentes (Verde) foi de 01 hora, 06 minutos e 28 segundos, superando a meta pactuada de ≤ 120 minutos (ANEXO 02). Vale ressaltar que quanto menor o tempo médio, melhor é este indicador, sendo realizado com proficiência. Constantemente essa meta vem sendo cumprida.

Gráfico 14 – Taxa de tomada de decisão em até 06 horas, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

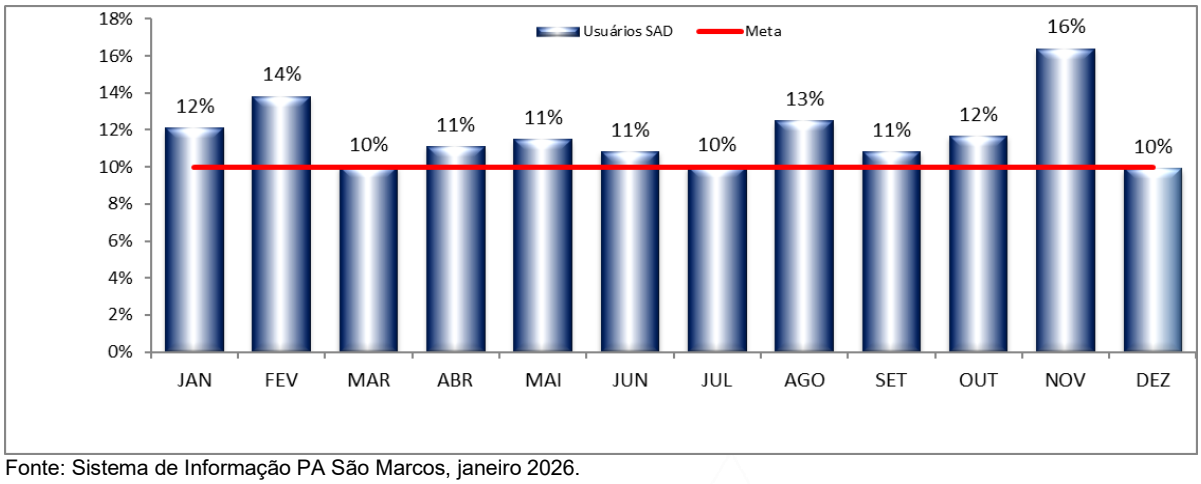
Em dezembro de 2025, a taxa de tomada de decisão foi de 90,80%, superior ao estimado na meta pactuada ≥ 90%, a qual vem sendo alcançada em todos os meses de 2025. Do total de 6.505 pacientes atendidos, 5.907 tiveram seu desfecho clínico em até 6 horas, conforme ANEXO 03.

Indicador 5 - Implantação de Protocolos Clínicos Multidisciplinares para as patologias com desfecho clínico tempo dependente.

Atualmente o PA SÃO MARCOS possui quatro protocolos clínicos implantados: IAM, Sepse, AVC, Intoxicação Exógena, sendo todos gerenciados mensalmente (ANEXO 05), conforme pactuado em Contrato de Gestão.

Com a implantação dos protocolos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Sepse e Intoxicação Exógena, foram criadas fichas de preenchimento obrigatório, visando aperfeiçoar a avaliação dos indicadores e o gerenciamento dos protocolos de forma objetiva.

Gráfico 15 – Percentual mensal desfecho alta do SAD, PA SÃO MARCOS, dezembro 2025.



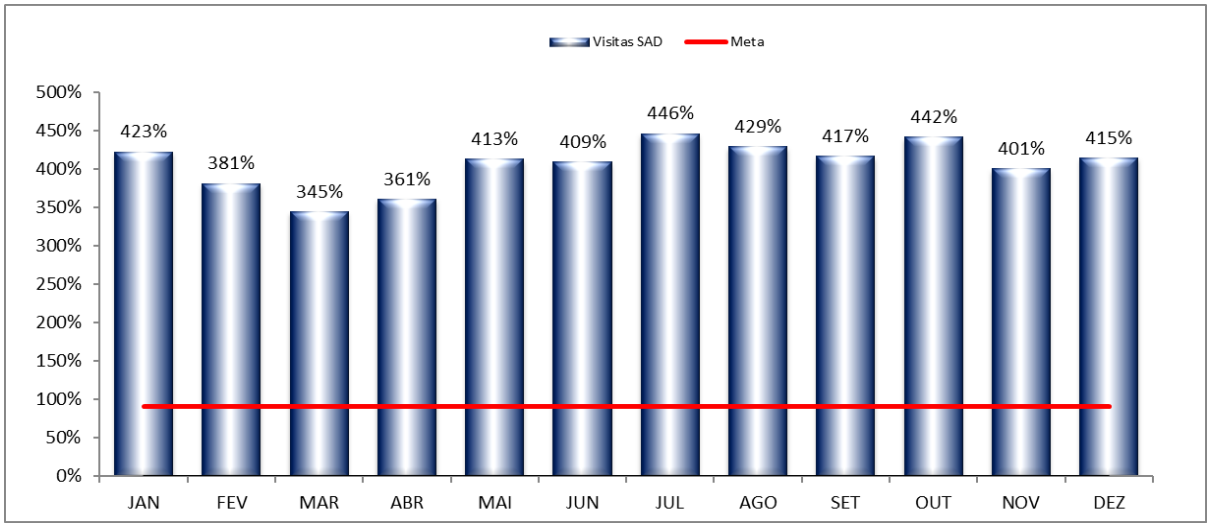
Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

Em dezembro de 2025, a taxa de alta do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do PA São Marcos alcançou o quantitativo de 12 altas e atingiu o percentual de 10% da meta proposta. Cabe ressaltar que nesse elenco de altas encontram-se os desfechos por alta clínica, desfecho por encaminhamentos para atenção básica (AD1), reinternamento e alta administrativa devido a não adesão de alguns pacientes, comprometendo ao plano terapêutico proposto, conforme ANEXO 18 do Serviço de Atenção Domiciliar-SAD.

É importante ressaltar que a equipe multidisciplinar do PA São Marcos realiza uma avaliação criteriosa de cada paciente antes de conceder a alta do atendimento domiciliar. Esse processo rigoroso é fundamental para garantir que a alta seja feita com total segurança para o paciente e para seus familiares ou acompanhantes.

Garantir que todas as condições de segurança e estabilidade sejam atendidas é crucial para o bem-estar do paciente. A equipe continua comprometida com a segurança do paciente e continuará a monitorar de perto seu estado clínico.

Gráfico 16 – Percentual de visitas por usuários do SAD, PA SÃO MARCOS, dezembro de 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é ofertado diariamente, das 07:00 às 19:00 horas, pelo Pronto Atendimento São Marcos. A equipe de visita é composta por um profissional médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um fisioterapeuta e um motorista.

Durante o mês de dezembro de 2025, a equipe realizou 502 visitas domiciliares mantendo uma média de 4 visitas por paciente, mensalmente, conforme planejado, garantindo a continuidade e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes em seus lares.

É importante destacar que a meta estabelecida para o número de visitas foi superada com excelência, em mais um mês de funcionamento desse serviço, atingindo 415%. Isso demonstra o compromisso e a eficiência da equipe em atender às demandas dos pacientes e garantir a continuidade adequada dos cuidados no ambiente domiciliar.

Bloco de avaliação 2- Desempenho da Gestão de Infraestrutura e Ambiental

Indicador 8 - Implantar e implementar o Programa de Gerenciamento de Resíduos no Serviço de Saúde - PGRSS

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) teve sua reavaliação e validação pela Visa distrital no mês de setembro/24, após alterações que se fizeram necessárias. As evidências de controle e gerenciamento do plano proposto, encontram-se disponível no relatório mensal (ANEXO 06).

Indicador 9 - Implantar o Programa de Manutenção Preventiva da Estrutura Físico-funcional

O Programa de Manutenção Preventiva da Estrutura Físico-funcional está devidamente implantado na Unidade, conforme apresentado no Cronograma de

Implantação anexado. Desse modo, informamos que 100% da meta estabelecida foi cumprida.

A unidade tem dado continuidade ao trabalho de manutenção preventiva e corretiva, com inspeções diárias, visto que a unidade possui 2 funcionários fixos para manutenções preventivas e corretivas.

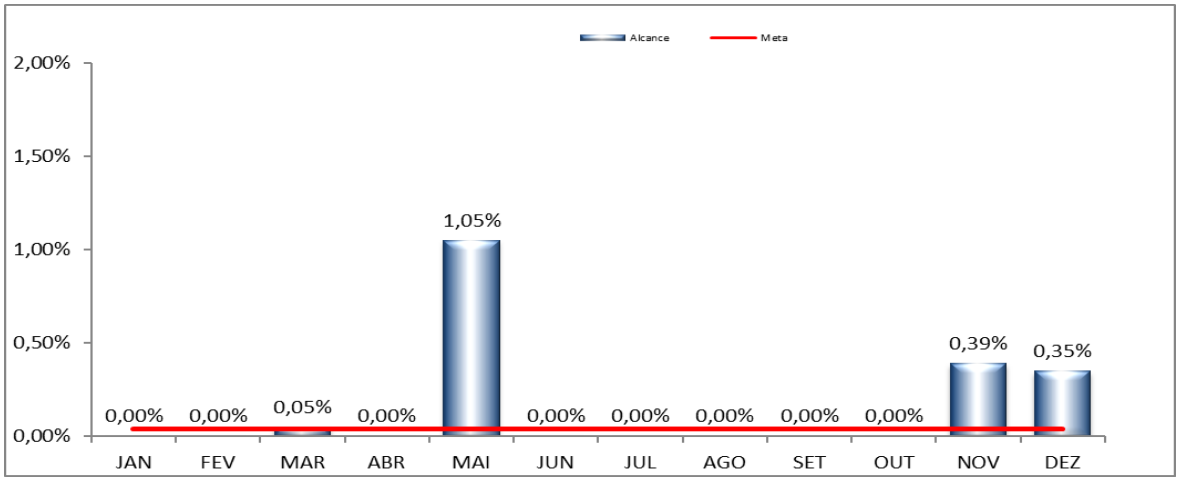
A unidade também dispõe dos serviços da empresa terceirizada de manutenção predial Master Brasil que realiza um conjunto de atividades para conservar e/ou restaurar a funcionalidade e segurança da unidade. Incluindo assim reparos estruturais, elétricos, hidráulicos e estéticos com a finalidade de prolongar a vida útil de construção e garantir um ambiente seguro e agradável para os usuários e colaboradores. Vale ressaltar que no mês de setembro/24 foi implantado o sistema ARKMEDS, para melhor controle e gerenciamento das ordens de serviço, mantendo sua utilização como ferramenta imprescindível para gestão e acompanhamento da manutenção Preventiva da Estrutura Físico-funcional (ANEXO 07).

Indicador 10 - Implantar o Programa de Manutenção Preventiva e Calibrações dos Equipamentos Biomédicos.

O Plano de Manutenção Preventiva e Calibrações dos Equipamentos Biomédicos em uso na unidade é realizado pela empresa Hennatech. Ainda no elenco de equipamentos, a unidade dispõe de Monitores, bombas de infusão e equipamentos de análise clínica, os quais são locados e submetidos ao esquema de manutenções preventivas e corretivas por parte dos respectivos prestadores, sob a avaliação e monitoramento da gestão da unidade. Segue o cronograma de atividades vigente, bem como, o relatório dos serviços de preventiva e corretivas realizados nos equipamentos em uso na unidade (ANEXO 08).

Bloco de Avaliação 3- Desempenho da Gestão de Pessoas

Gráfico 17 - Taxa de acidentes de trabalho no PA SÃO MARCOS, dezembro de 2025.

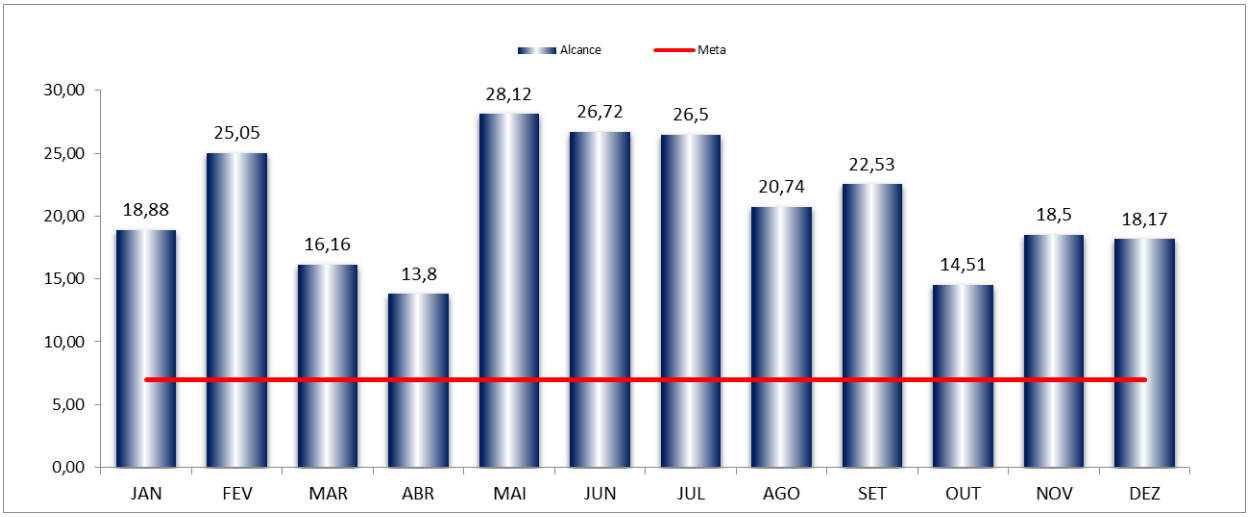


Fonte: Sistema de informação PA São Marcos, janeiro 2026.

No mês de dezembro de 2025, houve um acidente de trabalho no Pronto Atendimento São Marcos. Assim, após aplicação da fórmula de cálculo proposta para essa meta, a taxa de acidente do mês atingiu o percentual de 0,35%, ultrapassando o limite máximo da meta pactuada de 0,4%, conforme evidenciado no relatório do SST (ANEXO 09). É importante destacar que, considerando o quantitativo de colaboradores ativos na unidade, a meta proposta, não admite a ocorrência de nenhum acidente. Ao aplicarmos a fórmula com o número de acidentes ao total de profissionais que atuaram no período, a simples ocorrência de um único evento já compromete a meta mensal.

A gestão do PA São Marcos e o Serviço de Segurança do Trabalho – SST atuam conjuntamente de forma proativa com medidas preventivas, a fim de proteger a integridade física e mental dos trabalhadores, mitigando possíveis fatores ambientais, pessoais e externos que constituam condição de risco para a ocorrência de acidente no ambiente laboral, inclusive, através das reuniões mensais com os membros da CIPA, são discutidas e planejadas as possíveis intervenções.

Gráfico 18- Atividades realizadas pela Educação Permanente, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

No mês de dezembro de 2025 foram realizadas 18,7 atividades de educação permanente, conforme detalhado no Anexo 10, totalizando 277 participações, superando expressivamente a meta proposta de 7 atividades por 1000 horas trabalhadas. A somatória das atividades realizadas alcançou a carga horária total de 35 horas, enquanto que a carga horária total de trabalho da equipe foi de 32.694 horas.

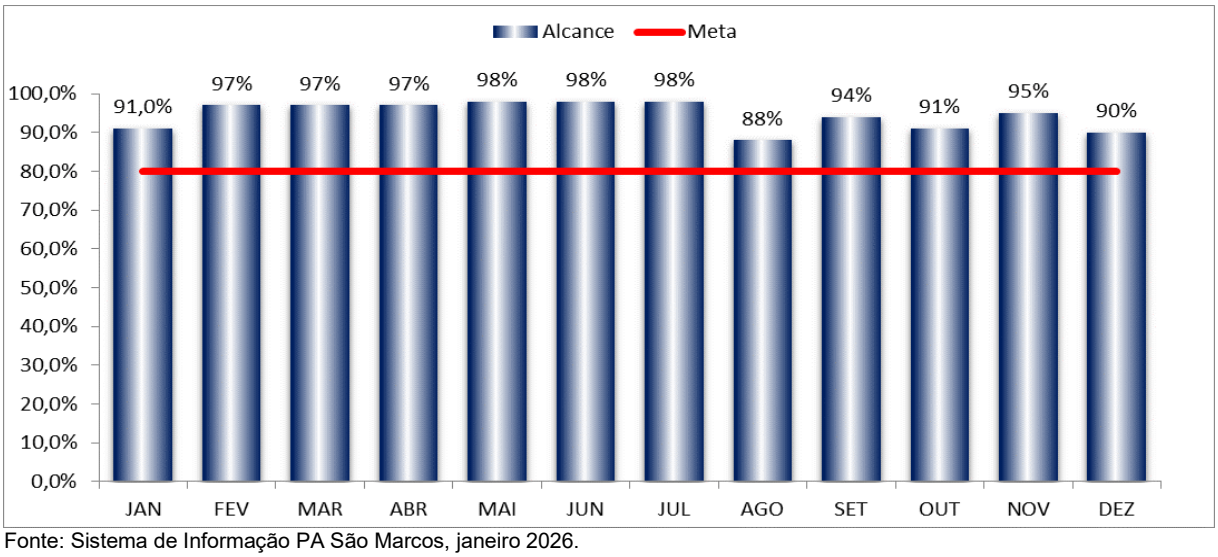
A Educação Permanente é uma Política essencial que promove a transformação dos serviços, do ensino e da gestão do sistema de saúde, beneficiando os trabalhadores e a gestão, inclusive, contribuindo significativamente no processo de educação e tomada de consciência frente as atitudes e atos seguros para a saúde do trabalhador e segurança do paciente.

No PA São Marcos a Educação Permanente é implementada para apoiar e capacitar os envolvidos, resultando em melhor desempenho e contribuição significativa para o processo de trabalho e tomada de consciência. A unidade tem seguido rigorosamente os cronogramas e planejamentos estabelecidos, cumprindo as metas acordadas desde o início do contrato. Essa conformidade é monitorada

através do relatório de acompanhamento enviado para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), garantindo que as ações estejam alinhadas com as metas pactuadas.

Bloco de Avaliação 04 - Desempenho na Área de Controle Social

Gráfico 19 - Índice de Satisfação dos Usuários dos Serviços, PA São Marcos, dezembro 2025.



Fonte: Sistema de Informação PA São Marcos, janeiro 2026.

No presente mês, o PA São Marcos atendeu 6.505 usuários. O número de atendimentos é calculado a partir da Gestão à Vista, considerando-se as entradas médicas, excluídos os atendimentos internos e de manutenção dos pacientes internados.

O índice geral de satisfação é calculado considerando todos os itens da pesquisa de satisfação do PA São Marcos que avaliaram o serviço como “BOM” e “ÓTIMO”. A meta de satisfação do usuário foi cumprida mantendo-se em 90% de satisfação, conforme relatório de satisfação do usuário no ANEXO 11.

A Pesquisa de Satisfação do PA São Marcos consiste em formulário impresso e adesivos com a disponibilização de QR Code, fixados por toda a área assistencial e recepção, para acesso dos usuários por meio de tablet e celulares. Diariamente, é

realizado a tabulação com as respostas na plataforma google forms, permitindo à Gerência Operacional do PA, eficiência no acompanhamento dos indicadores de satisfação e das impressões dos usuários.

O serviço social, bem como todas as áreas de atendimento estão engajadas na sensibilização do usuário para maior adesão na participação da pesquisa de satisfação, conscientizando-os e evidenciando que esse instrumento contribui para que seja avaliado o nível de satisfação dos mesmos, possibilitando a gestão intervir mais efetivamente nas melhorias e ajustes que venham contribuir para o aprimoramento e qualidade nos serviços ofertados.

Ações contínuas vem sendo realizadas para incentivo ao preenchimento da pesquisa e, como estratégia para ampliação da adesão, está sendo liberado a rede de dados móveis, a fim de contemplar a todos os usuários que desejem acessar a pesquisa, escaneando o QR code, por meio de seus aparelhos celulares.

Bloco de Avaliação 05- Auditoria de Grupos Técnicos Permanentes

Indicador 12- Implantar a Comissão Multidisciplinar de Análise e Revisão de Prontuários.

A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1. 638, de 09 de julho de 2021, em seu artigo 1º define prontuário como um documento único constituído de um conjunto de informações, sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Desse modo, o PA São Marcos desde o primeiro mês do Contrato de Gestão, vem dando continuidade à comissão implantada conforme as prerrogativas legais. Com isso, a CRP constituída pelo Regimento Interno da Unidade, discute os resultados dos prontuários, avaliados mensalmente, conforme os itens de avaliação obrigatórios que constam na resolução CFM n. 1.638/2002. As inconformidades evidenciadas seguem sendo tratadas pelas lideranças responsáveis. Todos os membros participam ativamente das reuniões, sugerindo propostas de melhorias.

E, para fins de cumprimento da meta, neste mês, 100% dos prontuários de pacientes em observação aguardando regulação no mês anterior foram devidamente analisados, conforme relatório da reunião no ANEXO 12.

Indicador 13- Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente

Segundo a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, o Núcleo de Segurança do Paciente é a "instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente", e desse modo, o PA São Marcos desde o primeiro mês do Contrato de Gestão nº 324/2022 vem dando continuidade à comissão implantada.

No mês de dezembro, foi dado continuidade ao projeto "Guardião da Segurança do Paciente" implantado em janeiro de 2025. Um instrumento de melhoria contínua, haja vista que a qualidade do serviço de saúde é um elemento determinante para assegurar a redução e controle dos riscos ao paciente. Utilizando a metodologia de gamificação, foi ofertado um boton, identificado com o nome "Guardião da Segurança do Paciente", para o colaborador com participação efetiva no processo de notificações e boas práticas de segurança assistencial. Uma estratégia para a sensibilização e envolvimento dos profissionais, reforçando assim a cultura de segurança do paciente e a valorização àqueles que fazem a diferença na assistência. Tais resultados estão apresentados no relatório de gerenciamento do NSP do mês de dezembro, disponíveis no ANEXO 13.

Indicador 14- Implantar a Comissão de Análise e Revisão de Óbitos

Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) Nº 2.171, de 30 de outubro de 2017, que regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito (CRO) tornando-as obrigatórias em instituições hospitalares e de Unidades de Pronto Atendimento a CRO reunir-se mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, de modo a avaliar e analisar todos os óbitos ocorridos na unidade.

Assim, a comissão tem se reunido mensalmente, com avaliação de 100% dos óbitos ocorridos na unidade. E, para fins metodológicos, os óbitos que são analisados no mês vigente referem-se sempre ao ocorrido no mês anterior, com o intuito de assegurar a qualidade da análise dos óbitos ocorridos.

Os resultados das análises estão contidos no ANEXO 14. Há de se ressaltar que as discussões das não conformidades são tratadas em todas as reuniões conforme relatório e ata encaminhados mensalmente nas comprovações do Relatório de Metas que compõe a prestação de contas, além do perfil epidemiológico, bem como o diagnóstico inicial e causa óbito mencionada em D.O (Declaração de Óbito).

Indicador 15- Comissão de Ética Médica

A resolução CFM nº 2.152 de 10 de dezembro de 2016, em seu artigo 2º define a Comissão de Ética Médica como um órgão de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições prestadoras de serviços, no qual possui funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

Conforme estabelecido, informamos que a comissão foi implantada. O relatório detalhado das atividades do mês de novembro está disponível no ANEXO 15.

Indicador 16- Comissão de Ética de Enfermagem

Segundo a resolução nº 593/20185 do o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, as Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) são órgãos representativos dos Conselhos Regionais de Enfermagem nas instituições onde existem Serviços de Enfermagem, com função educativa, consultiva e de orientação ao exercício ético e profissional dos profissionais de enfermagem.

Conforme estabelecido, informamos que a comissão foi implantada. A ata e o relatório detalhado das atividades do mês de dezembro estão disponíveis no ANEXO 16.

Indicador 17- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Trata-se de uma comissão regulamentada pela Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, a qual estabelece obrigatoriedade de todas as instituições de saúde que realizam procedimentos invasivos, possuírem uma comissão responsável pelo planejamento, implementação e monitoramento das ações de prevenção e controle de infecções hospitalares.

Conforme estabelecido, informamos que a comissão foi implantada. A ata e o relatório detalhado das atividades do mês de dezembro estão disponíveis no ANEXO 17.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A S3 Gestão em Saúde, gestora do Pronto Atendimento (PA) São Marcos, continua direcionando esforços para oferecer um atendimento de qualidade, garantindo a utilização adequada dos recursos públicos destinados ao contrato. Conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 324/2022, apresentamos um relatório evidenciando os resultados relacionados às metas e indicadores dos serviços prestados no PA São Marcos.

A equipe alcançou um desempenho notável, atingindo 120**%** da meta geral estabelecida. A seguir, detalhamos os resultados estratificados por grupo de procedimentos:

- Metas do Grupo 02 – Procedimentos diagnósticos: 82% do alcance
- Metas do Grupo 03 – Procedimentos: 120% do alcance
- Metas do Grupo 04 – Procedimentos cirúrgicos:107% do alcance
- Metas do Grupo 05 – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): 248% do alcance.

No Panorama das metas quantitativas, todas as metas foram alcançadas, com exceção de algumas metas do grupo 02 – Procedimentos Diagnósticos. Tratam-se de metas que são totalmente dependentes da procura por atendimento pelos usuários, bem como, do perfil destes, os quais, em sua grande maioria, são classificados como pouco urgente, não demandando por intervenções com exames diagnósticos, além de serem metas sensíveis e passíveis de sofrerem impactos diante da condição de violência no bairro.

Cumpre ressaltar que algumas metas vêm sendo superadas ao longo dos últimos meses, as quais não são dependentes da busca por atendimento e do perfil dos pacientes, como o tempo de espera do paciente pouco urgente e urgente,

GESTÃO EM SAÚDE

procedimentos realizados pelas equipes do SAD que também superou a meta atingindo percentual de 262%, a taxa de atividades de educação permanente que nesse mês foi de 18,17 atividades por 1000 horas homem, duas vezes mais a meta proposta que é de 7 atividades por cada 1000 horas homem mês.

Esses resultados refletem nosso compromisso com a melhoria contínua em nossos processos, a excelência na prestação dos serviços e a gestão eficiente dos recursos disponíveis.

Reiteramos a disponibilidade da S3 Gestão em Saúde para prestar quaisquer esclarecimentos ou detalhamentos adicionais que se façam necessários, reafirmando nosso compromisso com a transparência e a qualidade dos serviços prestados.

Salvador, 08 de janeiro de 2026.

Ana Carolina Jatobá
Gerente Operacional
PA SÃO MARCOS
CNPJ: 14.284.483/0001-08
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E INFÂNCIA - UBAÍRA

Ana Carolina de Melo Jatobá
Gerente Administrativa – S3 Saúde
PA São Marcos

THAÍS TEIXEIRA
Enfermeira Líder
Coren-BA 3404O5
PA SÃO MARCOS
CNPJ: 14.284.483/0001-08
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E INFÂNCIA UBAÍRA

Thais Teixeira Carvalho
Gerente Operacional - S3 Saúde
PA São Marcos

Rian Ranuzia
Cirurgia Geral e do Trauma
CREMEB 34184

Rian Ranuzia
Coordenador Médico – S3 Saúde
PA São Marcos