

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAPI - PI

Av. Pedro Freitas, S/Nº Bloco A, 1º Andar, Centro Administrativo - Bairro São Pedro, Teresina/PI, CEP 64.018-900

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO - DEFINITIVO

Número do Contrato:	Nº 32/2022
Número do Processo:	00012.021994/2021-00
Data da Assinatura:	11 de abril de 2022
Término da Vigência:	11 de abril de 2027
Objeto do Contrato:	Celebração de parceria para a Gestão Administrativa, compra dos equipamentos e contratação de pessoal para a Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa (NMDER) , através de dispensa de chamamento público (art. 92, IV da lei nº 7.612 de 27 de outubro de 2022), para prestar serviços sob a gestão do Estado do Piauí, nos termos dos Anexos e de mais documentos que fazem parte deste instrumento.
Conveniado:	Associação Piauiense de Habilitação, Reabilitação e Readaptação – Associação Reabilitar
CNPJ:	07.995.466/0001-13
Tipo Beneficiário:	Entidade Filantrópica
Unidade Gestora:	Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa (NMDER)
Município:	Teresina
Período Avaliado:	4º Trimestre (Outubro, Novembro, Dezembro)

1. INTRODUÇÃO

Neste relatório, foram analisados os resultados alcançados na execução do **Contrato de Gestão nº 32/2022**, celebrado entre o Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), e a Associação Piauiense de Habilitação, Reabilitação e Readaptação – Associação Reabilitar, qualificada como Organização Social de Saúde (OSS), com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa (NMDER).

É relevante ressaltar que o modelo de parceria entre o Poder Público e as Organizações Sociais é devidamente regulamentado pela legislação federal, através da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, bem como pelo Governo do Estado do Piauí, por meio da Lei Estadual nº 5.519 de 13 de dezembro de 2005, regulamentada pelo Decreto nº 22.089 de 19 de maio de 2023. Ademais, é oportuno salientar que tal modelo de colaboração visa aprimorar a gestão pública, promovendo modernização, eficiência e qualidade nos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

É também importante destacar que a SESAPI definiu os indicadores e metas que integram a proposta de trabalho a ser cumprida pela OSS. Nesse contexto, este relatório teve como objetivo demonstrar o desempenho da Associação Reabilitar para a avaliação do repasse referente à parcela variável do Contrato de Gestão, correspondente a 10% do repasse mensal.

Além disso, a descrição das ações fornecidas a seguir pode ser entendida como uma abordagem abrangente para mensurar o cumprimento do plano de trabalho em cada período específico, facilitando a compreensão da execução global dos indicadores estabelecidos.

Com base nessas considerações, este relatório apresenta os resultados das metas estabelecidas para o quarto trimestre de 2025 (outubro, novembro, dezembro), com base no monitoramento contínuo realizado pela Comissão Especial de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (CEMA), no âmbito desta Secretaria de Estado da Saúde. Esse acompanhamento, realizado conforme os procedimentos estabelecidos, possibilita uma análise abrangente do desempenho e das dificuldades enfrentadas pela Organização Social de Saúde (OSS) durante o período em questão. Dessa forma, o relatório contribui para a tomada de decisões e para o contínuo aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

2. COMPOSIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Prestação de Contas é um processo essencial que tem como objetivo apresentar um relatório detalhado sobre a utilização dos recursos recebidos pela Organização Social de Saúde (OSS). Esse processo envolve a documentação e a justificativa de todas as informações referentes à aplicação desses recursos, permitindo que a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) avalie se o objeto do contrato foi executado conforme o pactuado (conforme demonstrado na Tabela 1). Inclui, ainda, uma descrição detalhada das atividades realizadas, bem como a comprovação do cumprimento das metas e dos resultados esperados. Dessa forma, a Prestação de Contas constitui uma obrigação fundamental, pois evidencia a transparência e a responsabilidade na gestão dos recursos públicos concedidos pela SESAPI.

Tabela 1: Conformidade da Prestação de Contas

REQUISITOS	CONFORMIDADE	RESPONSÁVEL
------------	--------------	-------------

Abertura do processo SEI	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
1. PRESTAÇÃO DE CONTAS		
1.1 Número do Contrato de Gestão;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
1.2 Assinatura do Diretor da OSS.	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2. RELATÓRIO DA OSS CONTENDO		
2.1 Relatório trimestral descrevendo os resultados das metas (IN 1 e IN 2);	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.2 Censo hospitalar de origem dos pacientes atendidos;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.3 Pesquisa de satisfação de pacientes atendidos;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.4 Relatório de despesas realizadas;	Incompleto (Só tem dezembro)	OSS (Associação Reabilitar)
2.5 Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos como recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;	Incompleto (só tem dezembro)	OSS (Associação Reabilitar)
2.6 Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo e função;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.7 Taxa de absenteísmo dos servidores cedidos da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI) e dos colaboradores CLT da ORGANIZAÇÃO SOCIAL;	Só tem dezembro	OSS (Associação Reabilitar)
2.8 Fluxo de Caixa;	Só tem dezembro	OSS (Associação Reabilitar)
2.9 Cópia das Notas Fiscais com comprovantes de pagamentos;	Só tem dezembro	OSS (Associação Reabilitar)
2.10 Extratos Bancários com Notas de Esclarecimento;	Só tem dezembro	OSS (Associação Reabilitar)
2.11 As despesas administrativas;	Só tem dezembro	OSS (Associação Reabilitar)
2.12 Relação de todos contratos firmados pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL relativos ao objeto do Contrato de Gestão, o tipo de serviço, tipo de medição e o valor mensal;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.13 Relação de novas aquisições e movimentações de patrimônio da Unidade Hospitalar;	Só tem dezembro	OSS (Associação Reabilitar)
2.14 Relatório de treinamentos, eventos e ações realizados na unidade no período;	Só tem dezembro	OSS (Associação Reabilitar)
2.15 Relatório de débitos e créditos vencidos;	Só tem dezembro	OSS (Associação Reabilitar)
2.16 Cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços da unidade;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.17 Certidão Negativa de Débitos Estaduais;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)

2.18 Certidão Negativa de Débitos Municipais;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.19 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.20 Certidão Negativa Unificada de Débitos dos Tributos Federais e Débito junto ao INSS;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.21 Certificado de Regularidade do FGTS-CRF.	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
3. CONTRATO E ADITIVOS CONTENDO:	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
3.1 Contrato celebrado assinado;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
3.2 Último aditivo, se houver, mais extrato de publicação no Diário Oficial do Estado do Piauí.	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
4. ANÁLISE DE DESEMPENHO CONTRATUAL CONTENDO:	SIM	CEMA (DUGES)
4.1 Relatório de indicadores;	SIM	CEMA (DUGES)
4.2 Análise de indicadores e metas;	SIM	CEMA (DUGES)
4.3 Nota explicativa, caso haja parcialidade de valores da parcela (GLOSAS);	SIM	CEMA (DUGES)
4.4 Despacho para ciência e validação.	SIM	CEMA (DUGES)

3. ANÁLISE DE INDICADORES

Nos últimos anos, o Estado do Piauí tem buscado aprimorar a gestão de seus hospitais públicos por meio da parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS), com o intuito de modernizar os processos administrativos e assistenciais, garantindo maior eficiência, transparência e qualidade no atendimento à população. Nesse cenário, o monitoramento e a avaliação da gestão hospitalar tornaram-se instrumentos essenciais para mensurar o desempenho das unidades de saúde e assegurar o cumprimento das metas pactuadas entre o Estado e as OSS. A análise de indicadores de desempenho (composta por metas quantitativas e qualitativas) configura-se como um dos principais mecanismos de acompanhamento da efetividade das ações desenvolvidas. Esses indicadores permitem avaliar aspectos relacionados à eficiência operacional, qualidade assistencial, segurança do paciente e satisfação dos usuários, contribuindo para a identificação de pontos fortes, fragilidades e oportunidades de melhoria contínua nos serviços prestados.

O estudo, fundamentado nos dados apresentados nos relatórios de Prestação de Contas da Associação Reabilitar e nas informações disponibilizadas pelo sistema MS-DATASUS, evidencia que o desempenho da NMDER, administrada por OSS, apresenta resultados heterogêneos. Enquanto algumas metas foram plenamente atingidas, demonstrando a eficácia das estratégias adotadas, outras ainda demandam esforços adicionais e ajustes na gestão para alcançar os objetivos planejados.

Assim, reforça-se a importância da avaliação permanente dos resultados e do acompanhamento sistemático das metas como práticas indispensáveis para a consolidação de um modelo de gestão hospitalar mais resolutivo, transparente e voltado à excelência. A análise dos dados provenientes da NMDER oferece subsídios valiosos para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e para o fortalecimento da capacidade de gestão do Estado, garantindo, de forma contínua, a melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços de saúde oferecidos à população piauiense.

4. METAS QUANTITATIVAS

Os dados apresentados evidenciam um desempenho amplamente positivo no cumprimento das metas quantitativas referentes à atenção obstétrica e neonatal. A maioria dos indicadores superou as metas pactuadas, o que reflete não apenas a elevada demanda pelos serviços, mas também um possível aumento da cobertura e da qualidade da assistência na área materno - infantil, conforme Tabela 2.

Tabela 2: Metas Quantitativas

METAS QUANTITATIVAS	PACTUADO	REALIZADO	RESULTADO OBTIDO DA META	JUSTIFICATIVA	NOTA APÓS JUSTIFICATIVA
Clinica Médica - Intercorrências Clínicas na Gravidez	849	2220	261,48%	----	100%
UTI Materna	90	103	114,44%	----	100%
UTI Neonatal	111	148	133,33%	----	100%
Parto Normal	300	442	147,33%	----	100%

Parto Cesáreo	1200	1255	104,58%	----	100%
Laqueadura	240	471	196,25%	----	100%
Consulta médica em atenção especializada	3.828	6.943	181,37%	----	100%
Circuito Materno	10.383	8.988	86,56%		100%
Circuito Infantil	4.239	4.618	108,94%	----	100%
Ultrassonografia obstétrica	969	1.086	112,07%	----	100%
Tocardiografia parto	264	343	129,92%	----	100%
Ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico	1.254	2.208	176,08%	----	100%

No que se refere às intercorrências clínicas na gravidez, o indicador apresentou desempenho acima da meta nos meses de outubro, novembro e dezembro. Essa variação mensal sugere uma unidade com bom aperfeiçoamento na detecção e manejo das complicações gestacionais. Em relação ao trimestre anterior, houve uma melhoria na capacidade dos serviços de saúde decorrente da ampliação do acesso ao pré-natal, da maior vigilância clínica e da integração entre os níveis de atenção, quanto a otimização dos processos de registro e notificação dos casos, resultante de aprimoramentos na gestão da informação e na capacitação das equipes. Assim, o desempenho reforça a efetividade do sistema de referência e contrarreferência da MDER no atendimento de gestantes de alto risco.

Os indicadores quantitativos da UTI Materna e da UTI Neonatal apresentaram, de modo geral, desempenho satisfatório ao longo do trimestre analisado. No caso da UTI Materna, cuja meta mensal pactuada é de 30 atendimentos, observou-se superação da meta nos meses de outubro (42) e novembro (32), enquanto em dezembro (29) houve desempenho ligeiramente abaixo do pactuado, mantendo-se, contudo, próximo ao valor de referência. Em relação à UTI Neonatal, com meta mensal de 37 atendimentos, os resultados registrados em outubro (47), novembro (55) e dezembro (46) superaram de forma consistente a meta estabelecida, evidenciando estabilidade e elevada capacidade de atendimento ao longo de todo o trimestre. De forma geral, os dados indicam bom desempenho assistencial, com destaque para a UTI Neonatal, que manteve resultados acima do pactuado em todos os meses avaliados.

O quantitativo de partos normais realizados ultrapassou a meta pactuada, configurando um resultado bastante favorável. Esse desempenho está em consonância com as políticas públicas voltadas à promoção do parto vaginal e com os princípios de humanização da assistência ao parto e nascimento. A ampliação desse tipo de procedimento contribui para a diminuição de cesarianas sem indicação clínica, favorece melhores desfechos para mães e recém-nascidos e promove o uso mais eficiente dos recursos assistenciais. Os resultados evidenciam o cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão e reafirmam o compromisso da MDER com uma assistência obstétrica qualificada, fundamentada em boas práticas e evidências científicas. Ressalte-se, entretanto, a necessidade de monitoramento contínuo da segurança assistencial, garantindo que o crescimento dos partos vaginais ocorra com base em protocolos clínicos adequados e padrões de qualidade.

No tocante aos partos cesarianos, especialmente aqueles realizados em gestações de alto risco, observou-se um número ligeiramente acima da meta pactuada, resultado compatível com o perfil de unidade terciária da MDER. Essa manutenção do equilíbrio entre o incentivo ao parto normal e a garantia de segurança materno - fetal reflete adequação dos critérios clínicos de indicação e maturidade na gestão assistencial. A equipe demonstra, assim, capacidade de equilibrar racionalidade obstétrica e segurança clínica, em conformidade com o termo de referência e as metas estabelecidas contratualmente.

O número de laqueaduras tubárias atingiu integralmente a meta pactuada, evidenciando resposta efetiva às demandas de planejamento reprodutivo. O resultado reflete avanço no exercício da autonomia reprodutiva das usuárias e na oferta qualificada de métodos contraceptivos definitivos. Esse desempenho reforça o cumprimento das diretrizes de atenção integral à saúde da mulher e da assistência reprodutiva previstas no contrato de gestão. Recomenda-se, contudo, o monitoramento contínuo das indicações cirúrgicas, de modo a assegurar o cumprimento integral dos critérios legais e éticos.

As consultas médicas em atenção especializada apresentaram volume superior ao pactuado, esse desempenho configura um resultado positivo, indicando maior acesso aos serviços especializados e fortalecimento da capacidade resolutiva da rede. Entretanto, recomenda-se o acompanhamento contínuo de indicadores qualitativos, como tempo médio de espera, taxa de retorno e nível de satisfação dos usuários, a fim de assegurar que o crescimento quantitativo seja sustentado pela manutenção da qualidade e da efetividade do atendimento prestado.

No que se refere aos exames complementares, como ultrassonografia obstétrica, Doppler de fluxo obstétrico e tocardiografia anteparto, todos atingiram ou superaram as metas pactuadas. Esses resultados evidenciam elevada demanda por monitoramento gestacional e reforçam o papel da MDER como referência estadual em pré-natal de alto risco. A ampliação da oferta desses exames demonstra aderência aos protocolos de acompanhamento gestacional especializado e maior capacidade diagnóstica da instituição. Entretanto, recomenda-se avaliar periodicamente a relação custo-benefício e a adequação da frequência dos exames aos critérios clínicos de indicação, conforme as diretrizes do contrato de gestão e as normativas do SUS.

Os serviços de Circuito Materno e Circuito Infantil apresentaram desempenho satisfatório respectivamente, em relação às metas pactuadas. Tais resultados indicam fluxo assistencial estável e coerente com a capacidade operacional da unidade. O leve desvio para 86,56% no circuito materno pode ser justificado por ajustes de oferta ou variações sazonais na demanda, sem prejuízo significativo para o cumprimento global das metas. Por esse motivo, foi atribuída nota

máxima ao indicador. Esses resultados evidenciam organização e continuidade no cuidado integrado à gestante e à criança, em conformidade com os princípios da atenção perinatal humanizada.

De forma geral, os indicadores analisados apontam para um alto grau de eficiência e resolutividade assistencial, com destaque para o cumprimento das metas de intercorrências clínicas na gravidez, UTI Materna e UTI Neonatal. Observa-se também ampliação do acesso aos serviços, melhoria da capacidade diagnóstica e aderência às políticas de humanização do parto e nascimento. Entretanto, alguns pontos merecem atenção, como a necessidade de estabilizar o desempenho mensal do circuito materno, garantir monitoramento qualitativo paralelo aos resultados quantitativos e manter vigilância sobre o equilíbrio entre partos normais e cesarianas, reforçando continuamente as boas práticas clínicas e os protocolos de segurança.

Em síntese, os resultados obtidos refletem um cenário de maturidade institucional, marcado pelo cumprimento das metas pactuadas e pela convergência com os objetivos estratégicos do contrato de gestão. A Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa consolida-se, assim, como referência estadual em atenção obstétrica e neonatal de alta complexidade, demonstrando eficiência, qualidade e compromisso com a política pública de saúde materno - infantil.

5. METAS QUALITATIVAS (N2)

A análise das metas qualitativas da Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa (NMDER), unidade de referência em saúde materno - infantil no Piauí, sob gestão da Associação Reabilitar, evidencia um cenário de avanços significativos na qualidade do atendimento e na modernização dos serviços oferecidos conforme apresentado na Tabela 3.0. No entanto, o estudo também revela desafios persistentes que precisam ser enfrentados para consolidar a eficiência da gestão hospitalar e assegurar um cuidado cada vez mais humanizado, resolutivo e alinhado às reais necessidades da população atendida.

Tabela 3: Metas Qualitativas

METAS QUALITATIVAS	PACTUADO MENSAL	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	CONFORMIDADE DO TRIMESTRE	JUSTIFICATIVA DA OSS	NOTA AP JUSTIFICA
Ação destinada à equipe voltada à segurança do paciente	2	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
CNES atualizado	100%	NÃO CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,22%	No trimestre avaliado, o indicador referente ao Percentual de Conformidade com a Atualização do CNES esteve relacionado ao processo contínuo de consolidação, alinhamento e validação das informações institucionais, com maior ênfase no mês de outubro. Ao longo do período, foram desenvolvidas ações de integração entre os setores responsáveis pela atualização cadastral, bem como de adequação dos registros do CNES ao quadro real de colaboradores da unidade, considerando a necessidade de revisões periódicas e ajustes contínuos.	0,33%
Educação permanente	2	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Preenchimento adequado do prontuário	100%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Reclamações de atendimento dos profissionais registradas na ouvidoria	≤ 15%	----	----	----	0,00%	Não houve registro	0,00%
Taxa de consulta de retorno não programado em 15 dias	≤ 16%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	-----	0,33%
						Os meses de outubro e novembro apresentaram variação de -3,18% e -1,21%, respectivamente, em relação à	

Taxa de Satisfação dos Usuários	≥ 80%	NÃO CONFORME	NÃO CONFORME	CONFORME	0,11%	<p>meta institucional. Apesar de ligeiramente abaixo do parâmetro, os resultados refletem boas práticas assistenciais, considerando que a maioria dos usuários declarou-se satisfeita com o atendimento prestado. Como fatores associados, destaca-se que a integração da recepção aos sistemas Regula Piauí e MV ocasionou impacto temporário no tempo de atendimento, situação que vem sendo acompanhada de forma sistemática, com a adoção de medidas de suporte e ajustes operacionais. Adicionalmente, a concentração das sugestões de melhoria nos setores de ALCON e GAR evidenciou a necessidade de maior atenção gerencial e de reforço das práticas de humanização. Nesse contexto, as intervenções implementadas, incluindo o fortalecimento do acolhimento, a otimização de fluxos, a capacitação das equipes e o monitoramento contínuo das manifestações dos usuários, impactaram positivamente os resultados, refletindo-se na elevação do Docusign Envelope indicador para 86,2% em dezembro, superando a meta institucional estabelecida</p>	0,11%
Utilização dos protocolos assistenciais para pacientes atendidos na unidade	95,00%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%

Linha de Cuidados	1	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Comprovação de atuação do Conselho de Saúde Local	Sim	NÃO CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,22%	No mês de outubro, foi registrado que a gestão da unidade recebeu as devidas orientações por meio do SEI, a partir das quais deu início ao processo de adesão ao Conselho Regional de Saúde mais compatível com sua área de abrangência.	0,33%
Comprovação de atuação do Serviço de Ouvidoria	Sim	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	-----	0,33%
Educação Permanente (Cursos e/ou Treinamentos em serviços)	20	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	-----	0,33%
						O indicador evidencia atendimentos relacionados a intercorrências clínicas durante o ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de uma situação esperada no contexto assistencial obstétrico, uma vez que gestantes podem apresentar, ao longo da gestação, sinais e sintomas recorrentes que demandam reavaliação clínica, seja por suspeita de evolução para trabalho de parto, seja por reativação ou persistência de condições clínicas previamente identificadas, mesmo quando em acompanhamento ou tratamento. A natureza dinâmica da gestação, associada às alterações fisiológicas e à possibilidade de intercorrências ao longo do período gestacional, justifica a ocorrência de atendimentos repetidos, não	

Número de Pacientes de alta da NMDER retornados para o serviço	0	NÃO CONFORME	NÃO CONFORME	NÃO CONFORME	0,00%	necessariamente relacionados a agravamento do quadro, mas à necessidade de monitoramento, avaliação e conduta oportuna para garantir a segurança materna e fetal. Nesse sentido, sugere-se a repactuação do indicador para "Taxa de Alta de Pacientes Retornados para o Serviço (pelo mesmo motivo)", considerando o perfil assistencial da unidade, na qual é esperado que parte das pacientes retorne até a resolução do ciclo gestacional. Ressalta-se que a meta de zero retornos mostra-se incompatível com a natureza do serviço obstétrico, uma vez que a própria fisiologia da gestação e a dinâmica do cuidado materno-fetal pressupõem reavaliações clínicas ao longo do acompanhamento. A proposta de repactuação visa estabelecer uma margem de retorno compatível com essa realidade assistencial e com o volume proporcional de atendimentos, sem prejuízo da análise crítica dos dados, da identificação de oportunidades de melhoria e da prestação de contas dos casos que demandem aprofundamento assistencial ou gerencial.	0,00%
Tempo estimado entre a chegada do paciente (retirada de senha eletrônica) e a classificação de risco	25	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%

<p>Tempo de espera na Urgência e Emergência com classificação VERMELHA</p>	<p>0</p>	<p>CONFORME</p>	<p>NÃO CONFORME</p>	<p>CONFORME</p>	<p>0,33%</p>	<p>O tempo registrado para o atendimento da gestante classificada como vermelha, no mês de outubro, decorreu de fatores relacionados ao acesso e ao registro no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), não refletindo o início efetivo do atendimento médico. A paciente foi imediatamente acolhida e assistida pela equipe multiprofissional, conforme o protocolo de classificação de risco, com realização imediata das intervenções clínicas necessárias. O valor apurado correspondeu ao tempo de lançamento das informações no prontuário, influenciado por etapas como login, carregamento do sistema e registro dos dados no PEP. Ressalta-se que o tempo acima do parâmetro não comprometeu a segurança nem a qualidade do atendimento, mantendo-se a conformidade com os protocolos assistenciais e de emergência obstétrica.</p>	<p>0,33%</p>
<p>Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO com classificação AMARELA</p>	<p>60</p>	<p>CONFORME</p>	<p>CONFORME</p>	<p>CONFORME</p>	<p>0,33%</p>	<p>----</p>	<p>0,33%</p>
<p>Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO com classificação VERDE</p>	<p>120</p>	<p>CONFORME</p>	<p>CONFORME</p>	<p>CONFORME</p>	<p>0,33%</p>	<p>----</p>	<p>0,33%</p>

Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO com classificação AZUL	240	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Incidência de não conformidade na administração de Medicamentos	0,23%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de Mortalidade Institucional (> 24 horas)	3%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Média de Tempo Porta-Médico (Door-to-Doctor)	30	NÃO CONFORME	NÃO CONFORME	NÃO CONFORME	0,00%	O resultado do indicador esteve relacionado a fatores operacionais e assistenciais pontuais que impactaram o fluxo de atendimento no período. Identificou-se que houve demanda simultânea de pacientes em situação de urgência, com priorização dos casos classificados como vermelhos (emergência imediata) e amarelos, o que refletiu temporariamente no atendimento inicial dos pacientes de menor gravidade. Ressalta-se que, durante todo o período de espera, as pacientes permaneceram sob observação e monitoramento contínuo da equipe de enfermagem, assegurando a manutenção da qualidade e da segurança do cuidado prestado, sem qualquer prejuízo assistencial.	0,00%

Tempo de espera na observação por leito na enfermaria (Tempo de BOARDING)	5	NÃO CONFORME	NÃO CONFORME	NÃO CONFORME	0,00%	No relatório referente ao mês de outubro, o indicador foi justificado como estando em fase de construção e integração ao sistema eletrônico. Nos meses subsequentes do trimestre, embora o indicador permaneça em processo de validação, foram identificadas oportunidades de aprimoramento relacionadas à mitigação dos efeitos das elevadas taxas de ocupação. Nesse contexto, foi implementado o Plano de Capacidade Plena, visando ao melhor dimensionamento e à gestão dos pacientes em retenção no Pronto Atendimento. Adicionalmente, foram adotadas novas estratégias, como a criação de um setor específico para o Gerenciamento de Leitos, em atuação integrada com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), com o objetivo de qualificar os fluxos assistenciais e otimizar a utilização da capacidade instalada.	0,00%
Tempo de Decisão Médica	3	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Média do tempo de passagem (LOS - Length of Stay) dos pacientes que não realizaram exames	2	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%

Média do tempo de passagem (LOS - Length of Stay) dos pacientes que realizaram exames	6	NÃO CONFORME	CONFORME	NÃO CONFORME	0,11%	O tempo médio de permanência apresentou discreta variação nos meses de outubro e dezembro (10% e 0,6%, respectivamente), relacionada à complexidade assistencial do contexto materno. A definição das etapas do trabalho de parto depende da observação contínua da paciente e da análise dos resultados de exames, o que pode impactar o tempo de permanência. A ampliação observada teve como finalidade assegurar a precisão diagnóstica e a segurança materno-fetal, evitando altas ou encaminhamentos prematuros. Os tempos de liberação de exames permanecem em monitoramento, com foco na manutenção dos prazos acordados.	0,11%
Taxa de Evasão do Pronto Socorro	3,00%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de Ocupação Hospitalar	85%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	-----	0,33%

Média de Permanência Hospitalar	7	CONFORME	NÃO CONFORME	CONFORME	0,22%	O indicador de tempo médio de permanência apresentou variação no mês de novembro, com maior influência das unidades UTINs, UCINCA e do 6º andar norte (leitos de gestantes). Ressalta-se, contudo, a redução observada no mês subsequente (dezembro), decorrente das estratégias em andamento direcionadas aos setores com maior potencial de intervenção. Dentre as medidas adotadas, evidenciam-se a implementação das visitas multiprofissionais no 6º andar norte, a qualificação do acompanhamento assistencial nas UTINs e UCINCA e a padronização de condutas clínicas multiprofissionais, com vistas à otimização dos fluxos assistenciais e à redução progressiva do tempo de internação, sem prejuízo à segurança e à qualidade do cuidado.	0,22%
Taxa de readmissão em UTI (48h)	5%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29dias)	20	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%

Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	1%	CONFORME	NÃO CONFORME	CONFORME	0,22%	O percentual de glosas da unidade encontra-se elevado, especificamente no mês de novembro, em decorrência de mudança no processo estabelecido para auditoria das contas, o qual não reconhece as interações realizadas em leitos de reserva, apesar do efetivo atendimento assistencial prestado. Contribuiu para esse cenário, no período analisado, o extrapolamento do número de diárias, associado à superlotação da maternidade e necessidade de uso de leitos adicionais, com consequente aumento do volume de AIHs. Como ação, a unidade vem avançando na consolidação de práticas de gestão de leitos e na condução de negociações junto ao gestor, com a apresentação de evidências que comprovem a assistência realizada nesses casos, visando à mitigação das glosas e ao alinhamento dos processos às exigências regulatórias.	0,22%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)*	3%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	-----	0,33%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	95	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	-----	0,33%
Razão do quantitativo de consultas ofertadas	1	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	-----	0,33%

Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	5	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de ocupação das agendas ambulatoriais	75%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Percentual de gestação de alto risco com plano de cuidados	95%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de mortalidade institucional neonatal	50	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de mortalidade institucional materna	2	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de infecção hospitalar	14%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de infecção de sítio cirúrgico	1%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Incidência de quedas com dano -coleta obrigatória	2,20	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Tempo de permanência em leito de uti materna	10	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Tempo de permanência em leito de UTI neonatal	24,54	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de eventos sentinela	0	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%
Taxa de incidentes notificados ao NOTIVISA	95%	CONFORME	CONFORME	CONFORME	0,33%	----	0,33%

*NEx. (Nota Explicativa)

A análise dos indicadores pactuados no contrato de gestão evidencia um cenário marcado por importantes desafios na qualidade assistencial, segurança do paciente e organização dos processos internos. Porém, ao comparar com o trimestre anterior, observa-se melhora expressiva na maioria dos indicadores, dentre eles: Educação permanente (número de capacitações), Preenchimento adequado do prontuário, Utilização dos protocolos assistenciais para pacientes atendidos na unidade, Linha de Cuidados, Educação Permanente (Cursos e/ou Treinamentos em serviços), Tempo estimado entre a chegada do paciente (retirada de senha eletrônica) e a classificação de risco, Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO com classificação AMARELA, Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO com classificação VERDE, Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO com classificação AZUL, Incidência de não conformidade na administração de Medicamentos, Taxa de Mortalidade Institucional (> 24 horas), Tempo de Decisão Médica, Média do tempo de passagem (LOS - Length of Stay) dos pacientes que não realizaram exames, Taxa de Evasão do Pronto Socorro, Taxa de readmissão em UTI (48h), Percentual de gestação de alto risco com plano de cuidados, Taxa de infecção de sítio cirúrgico, Tempo de permanência em leito de uti neonatal. A evolução positiva dos indicadores evidencia que a gestão tem incorporado, de forma sistemática, critérios de qualidade na condução dos serviços ofertados, melhorando a educação e participação dos profissionais envolvidos e refletindo elevado grau de eficiência operacional e de resolutividade assistencial. Destaca-se, nesse contexto, o consistente cumprimento das metas pactuadas, demonstrando alinhamento entre planejamento, execução e monitoramento das ações.

No entanto, Algumas metas ainda não foram atingidas, apesar de se observar uma melhora no cumprimento delas, em especial CNES atualizado, Taxa de Satisfação dos Usuários, Comprovação de atuação do Conselho de Saúde Local, Tempo de espera na Urgência e Emergência com classificação VERMELHA, Média do tempo de passagem (LOS - Length of Stay) dos pacientes que realizaram exames, Média de Permanência Hospitalar. Essa melhora evidencia avanços significativos na gestão administrativa, na governança e na qualidade assistencial. O CNES atualizado e a atuação comprovada do Conselho de Saúde Local refletem maior conformidade cadastral, fortalecimento da governança participativa e alinhamento com as políticas públicas. O aumento da satisfação dos usuários e a redução do tempo de espera para atendimento de alta prioridade indicam maior eficiência operacional, segurança do paciente e foco na experiência do usuário. Da mesma forma, a redução da média de tempo de passagem e da permanência hospitalar demonstra otimização do uso de leitos e processos assistenciais mais ágeis e resolutivos. Para consolidar e ampliar esses resultados, recomenda-se Fortalecer ainda mais a capacitação das equipes, garantindo atualização constante sobre protocolos assistenciais, fluxos internos e boas práticas de gestão, Aprimorar a integração entre setores clínicos, administrativos e de apoio, promovendo maior agilidade na condução dos pacientes e eficiência no uso de recursos, Incentivar a participação ativa do Conselho de Saúde Local, ampliando o controle social e o alinhamento das ações com as necessidades da população e Implementar melhorias contínuas no acolhimento e na experiência do usuário, incluindo comunicação, orientação sobre processos e

atendimento humanizado. Essas ações contribuirão para a manutenção da eficiência operacional, a melhoria contínua da qualidade assistencial e a satisfação da população atendida, fortalecendo a performance global da unidade.

Além disso, Observa-se também que alguns indicadores estratégicos relacionados Média de Tempo Porta-Médico (Door-to-Doctor) e Tempo de espera na observação por leito na enfermaria (Tempo de BOARDING) permaneceram em não conformidade quando se refere ao trimestre anterior. Esses resultados evidenciam fragilidades na gestão do fluxo assistencial inicial de urgência e emergência e de acolhimento, bem como de continuidade no atendimento. Assim, eles podem indicar dificuldades na articulação entre os pontos de atenção, insuficiência de leitos de retaguarda e ineficiências nos processos de acolhimento e de triagem, impactando a resolutividade assistencial, a segurança do paciente e a qualidade do atendimento prestado.

Diante da persistência da não conformidade dos indicadores, recomenda-se que a unidade responsável adote medidas voltadas ao fortalecimento da gestão do fluxo assistencial, com revisão e padronização dos protocolos de acolhimento, classificação de risco, internação, alta e transferência. Sugere-se ainda a reorganização da capacidade instalada, com otimização da gestão de leitos e articulação com retaguardas assistenciais, bem como a adequação do dimensionamento e da alocação das equipes, especialmente nos períodos de maior demanda. Por fim, No campo de avaliação da qualidade assistencial e eficiência da gestão, houve uma queda nos indicadores no atual trimestre em relação ao trimestre anterior nos seguintes pontos: Número de Pacientes de alta da NMDER retornados para o serviço e Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS. De modo geral, a piora desses indicadores sugere a necessidade de reavaliação dos processos assistenciais e gerenciais, bem como da adoção de medidas corretivas para restabelecer os padrões de qualidade, segurança e eficiência anteriormente alcançados.

De forma geral, o desempenho apresentado demonstra que a instituição possui competência clínica em áreas críticas, mas enfrenta desafios significativos em processos estruturais, segurança do paciente, educação permanente e na fluidez dos fluxos assistenciais. Os resultados sugerem uma melhora significativa neste trimestre frente ao trimestre anterior, porém ainda necessitam de um plano estruturado de intervenção, voltado ao fortalecimento dos processos internos, aumento da adesão aos protocolos, requalificação das equipes e melhoria da experiência do usuário, para que se alcance maior aderência às metas estabelecidas no contrato de gestão.

6. ANÁLISE DA PONTUAÇÃO

No 4º trimestre de 2025, a análise de retenção do contrato mostrou que, do total de 30% passível de retenção, foram efetivamente alcançados 15% (de um montante de 15,00%) referentes às metas quantitativas e 12,73% (de um montante de 15,00%) referentes às metas qualitativas, somando 27,73% (de um montante de 30%) do total. Esse resultado corresponde a um percentual de desempenho global de 92,43%. As metas quantitativas se destacaram levemente em relação às qualitativas, sinalizando boa eficiência operacional e entrega de resultados mensuráveis. Já o alcance expressivo das metas qualitativas demonstra maturidade nos aspectos relacionados à qualidade, processos, conformidade e satisfação dos públicos envolvidos.

O percentual global de 92,43% revela que a execução contratual apresenta consistência, com avanços significativos nos indicadores - chave de desempenho. Esse resultado contribui para a percepção de confiabilidade na gestão do contrato e reforça que as ações implementadas ao longo do trimestre foram eficazes. Recomenda-se, para os próximos ciclos, a identificação das causas que impediram o alcance dos 100% pactuados, de modo a direcionar esforços específicos de melhoria contínua. Em síntese, os dados apresentados mostram uma performance positiva, com elevado nível de cumprimento das metas e clara demonstração de evolução no desempenho global do contrato.

ANÁLISE DE RETENÇÃO (30%)	4º TRIMESTRE DE 2025 (OUTUBRO, NOVEMBRO, DEZEMBRO)	
	RETENÇÃO REALIZADA (30%)	RESULTADO FINAL (PERCENTUAL DE RETENÇÃO A SER REPASSADO)
METAS QUANTITATIVAS	15%	15%
METAS QUALITATIVAS	15%	12,73%
TOTAL	30%	27,73%
PERCENTUAL DE DESEMPENHO	92,43%	

7. ANÁLISE CONTÁBIL-FINANCEIRA

Em atendimento às normas de controle e fiscalização da aplicação de recursos públicos, iniciamos a análise da prestação de contas apresentada referente ao 2º trimestre de 2025 com base nos documentos encaminhados. A análise concentrou-se, inicialmente, nos extratos bancários das contas vinculadas ao convênio/contrato de gestão, com o objetivo de verificar a regularidade dos repasses financeiros efetuados pelo Governo do Estado, bem como a movimentação e os saldos mensais registrados.

Foram examinados os seguintes aspectos:

- Compatibilidade entre os valores repassados pelo Estado e os registros bancários apresentados;
- Conciliação dos saldos bancários com os demonstrativos financeiros constantes na prestação de contas;
- Identificação de eventuais divergências, inconsistências ou ausência de documentação comprobatória referente às movimentações financeiras realizadas;
- Análise do Fundo de provisão, que tem como finalidade suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais.

O presente relatório tem como finalidade apresentar as constatações preliminares decorrentes dessa análise documental e subsidiar as etapas subsequentes do processo de avaliação da correta aplicação dos recursos públicos transferidos à entidade.

DESCRIÇÃO	MÊS			TOTAL
	out/25	nov/25	dez/25	
		00351.005803/2025-37	00351.006559/2025-20	00351.007139/2025-61
VALOR CONTRATUAL LIQUIDO MENSAL	R\$ 13.499.998,59	R\$ 13.499.998,59	R\$ 13.499.998,59	R\$ 40.499.995,77
RECEITAS LIQUIDAS	R\$ 10.928.111,62	R\$ 10.647.587,22	R\$ 9.047.085,30	R\$ 30.622.784,14

1) Repasses realizados	R\$ 10.717.206,23	R\$ 10.489.354,06	R\$ 8.815.022,54	R\$ 30.021.582,83
1.1) Valores contratuais	R\$ 8.381.486,24	R\$ 8.150.594,39	R\$ 8.393.441,87	R\$ 24.925.522,50
1.2) Piso de enfermagem	R\$ 435.720,22	R\$ 438.759,91	R\$ 421.580,67	R\$ 1.296.060,80
1.3) Repasse 2º trim. de 2025	R\$ 1.899.999,77	R\$ 1.899.999,76	R\$ 0,00	R\$ 3.799.999,53
2) Rendimentos de aplic. financeira	R\$ 210.905,39	R\$ 158.233,16	R\$ 232.062,76	R\$ 601.201,31
2.1) Conta 21.467-1 BB RENDE FÁCIL	R\$ 6.813,47	R\$ 4.509,78	R\$ 4.632,80	R\$ 15.956,05
2.2) Conta 21.467-1 BB CDB DI	R\$ 155.379,20	R\$ 129.644,52	R\$ 108.298,00	R\$ 393.321,72
2.3) Conta 22.423-5 BB RENDE FÁCIL	R\$ 48.712,72	R\$ 24.078,86	R\$ 119.131,96	R\$ 191.923,54
2) Glosas realizadas	R\$ 5.118.512,35	R\$ 5.349.404,20	R\$ 5.106.556,72	R\$ 15.574.473,27
2.1) Servidores efetivos	R\$ 3.526.594,43	R\$ 3.714.786,56	R\$ 3.501.608,72	R\$ 10.742.989,71
2.2) GIMAS (servidores efetivos)	R\$ 355.550,00	R\$ 363.225,00	R\$ 364.580,00	R\$ 1.083.355,00
2.3) Patronal RPPS	R\$ 744.097,61	R\$ 730.785,10	R\$ 729.194,90	R\$ 2.204.077,61
2.4) Patronal RGPS	R\$ 20.239,33	R\$ 20.462,80	R\$ 20.823,46	R\$ 61.525,59
2.5) Complemento do piso de enfermagem	R\$ 10.751,25	R\$ 8.232,80	R\$ 8.232,80	R\$ 27.216,85
2.6) Equatorial	R\$ 365.120,87	R\$ 373.444,59	R\$ 352.696,08	R\$ 1.091.261,54
2.7) Águas de Teresina	R\$ 96.158,86	R\$ 138.467,35	R\$ 129.420,76	R\$ 364.046,97

Analisando os extratos bancários, conta corrente e aplicações, a Instituição de saúde obteve Receita Líquida de R\$ 30.622.784,14. A natureza dessas receitas foram repasses mensais, repasse trimestral (retido no 2º trimestre), complemento do piso de enfermagem e rendimentos de aplicação financeira. O demonstrativo acima também apresenta os valores de glosas realizadas, apresentando o montante de R\$ 15.574.473,27 no trimestre.

Em relação à sistemática de execução financeira do contrato firmado, verifica-se que os repasses à organização social contratada, por parte da SESAPI foram realizados de acordo com cumprimento do cronograma de desembolso pactuado.

Tabela 6: Repasse financeiro referente ao 4º trimestre: outubro, novembro e dezembro de 2025				
RUBRICA	MÊS			TOTAL
	out/25	nov/25	dez/25	
1) Valor Bruto (F500)	R\$ 14.999.998,43	R\$ 14.999.998,43	R\$ 14.999.998,43	R\$ 44.999.995,29
2) Valor retido (10%)	R\$ 1.499.999,84	R\$ 1.499.999,84	R\$ 1.499.999,84	R\$ 4.499.999,53
3) Valor líquido (F500)	R\$ 13.499.998,59	R\$ 13.499.998,59	R\$ 13.499.998,59	R\$ 40.499.995,76
4) Glosas a realizar	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Percentual a pagar do valor retido	92,43%	92,43%	92,43%	
SALDO A TRANSFERIR (=Valor retido*(92,43%) - Glosas a realizar)	R\$ 1.386.449,85	R\$ 1.386.449,85	R\$ 1.386.449,85	R\$ 4.159.349,56

Considerando os índices qualitativos e quantitativos apresentados pela Associação Piauiense de Habilitação, Reabilitação e Readaptação – Associação Reabilitar e aprovados pela Comissão Especial de Monitoramento e Avaliação (CEMA), houve impacto financeiro para as referidas produções dos meses de outubro, novembro e dezembro de 2025, resultando um repasse de 92,43% do saldo retido ao longo do trimestre (**R\$ 4.159.349,56**).

Tabela 7: Saldos bancários		
	Saldo inicial	Saldo final
1) Conta corrente	R\$ 0,00	R\$ 0,00
1.1) Conta corrente nº 21.467-1	R\$ 0,00	R\$ 0,00
1.2) Conta corrente nº 22.423-5	R\$ 0,00	R\$ 0,00
2) Conta aplicação	R\$ 25.934.080,65	R\$ 17.039.494,58
2.1) Conta 21.467-1 BB RENDE FÁCIL	R\$ 6.664.999,29	R\$ 224.224,02
2.2) Conta 21.467-1 BB CDB DI	R\$ 12.157.500,00	R\$ 8.650.000,00
2.3) Conta 22.423-5 BB RENDE FÁCIL	R\$ 7.111.581,36	R\$ 8.165.270,56
Total	R\$ 25.934.080,65	R\$ 17.039.494,58
Valor esperado para o Fundo de Provisão		R\$ 12.129.855,64

O quadro acima apresenta os saldos bancários em 01/10/2025 e 31/12/2025. De acordo com o levantamento realizado pela CEMA, o Fundo de provisão (3% dos repasses) deveria ter **R\$ 12.129.855,64**. Podemos observar que a instituição de saúde possui esse recurso em caixa, cumprindo com o que foi estabelecido no contrato de gestão. No entanto o recurso do fundo de provisão não está alocado em sua integralidade em conta específica, misturando os saldos com os valores destinados ao custeio de projeto. Recomenda-se que seja segregado os recursos em contas específicas para melhor controle e transparência.

Obrigações Financeiras	
Fornecedores	R\$ 1.977.966,20
Obrigações Tributárias	R\$ 123.782,34
Obrigações Trabalhistas	R\$ 1.234.812,80
Provisão Trabalhista	R\$ 4.290.310,51
Total de débitos	R\$ 7.626.871,85
Disponibilidade em Caixa	R\$ 17.039.494,58
Resultado Financeiro	R\$ 9.412.622,73

De acordo com os dados do balancete do mês 12/2025, a Unidade de Saúde apresenta um resultado financeiro satisfatório uma vez que as disponibilidades em contas bancárias do Contrato de Gestão suprem as obrigações financeiras, que possuem o montante de R\$ 7.626.871,85.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luz das análises realizadas no presente Relatório de Avaliação do Contrato de Gestão, referente ao quarto trimestre de 2025 (Outubro, Novembro e Dezembro), conclui-se que a Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa (NMDER), sob gestão da Associação Piauiense de Habilitação, Reabilitação e Readaptação – Associação Reabilitar, apresentou desempenho global satisfatório na execução do objeto contratual, mantendo aderência relevante às metas pactuadas e aos parâmetros estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI).

No que se refere às metas quantitativas, os resultados demonstram um desempenho expressivo da NMDER, evidenciado pela capacidade de atender com eficiência e resolver as demandas assistenciais nas áreas obstétrica, neonatal, ambulatorial e diagnóstica. O cumprimento e, em muitos casos, a superação dos indicadores apontam para um funcionamento consistente dos serviços e para a efetividade das práticas adotadas pela unidade. Esse cenário confirma a relevância da NMDER como um importante ponto de referência estadual na atenção materno-infantil, especialmente em atendimentos de média e alta complexidade. Sua atuação tem impacto direto na ampliação do acesso aos serviços de saúde, garantindo que a população assistida encontre suporte adequado e oportuno.

Quanto às metas qualitativas, percebe-se uma evolução gradual no desempenho da instituição, embora esse avanço tenha sido influenciado pela inclusão tardia de um número significativo de indicadores, oficializada por meio de aditivo contratual a partir de setembro. Essa mudança impactou diretamente os resultados do trimestre, sobretudo naqueles indicadores que exigem maior nível de organização interna, integração entre sistemas de informação, padronização de documentos e definição de fluxos assistenciais mais estruturados.

No âmbito contábil-financeiro, a avaliação da prestação de contas demonstra que a execução do contrato ocorreu de forma adequada, evidenciada pela compatibilidade entre os valores repassados e os registros bancários, bem como pelo cumprimento do cronograma de desembolso pactuado. A análise de desempenho resultou em um repasse trimestral correspondente a 92,43% do valor previsto, o que indica o atendimento da maior parte das metas contratuais e a correta aplicação dos recursos públicos.

Observa-se, contudo, que a prestação de contas trimestral apresentada contempla apenas a documentação referente ao mês de dezembro. Nesse sentido, torna-se necessária a inclusão dos documentos relativos aos meses de outubro e novembro, a fim de garantir a integralidade e a conformidade da análise do período. Destaca-se que o envio prévio desses documentos nas prestações mensais não substitui a obrigatoriedade de sua consolidação no relatório trimestral, conforme normativas vigentes. Assim, recomenda-se a regularização com a apresentação completa da documentação de todo o trimestre.

Diante desse cenário, o desempenho global do período evidencia que a NMDER mantém um padrão assistencial coerente com os objetivos estratégicos estabelecidos no Contrato de Gestão, demonstrando eficiência operacional, capacidade técnica instalada e alinhamento às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fim, reforça-se a importância da continuidade do monitoramento sistemático, com ênfase no aperfeiçoamento dos processos qualitativos, na consolidação dos novos indicadores e na melhoria da experiência do usuário, de modo a potencializar os resultados nos próximos ciclos avaliativos.

Atenciosamente,

Comissão Especial de Monitoramento e Avaliação (CEMA)



Documento assinado eletronicamente por **ROMAK BEZERRA HOLANDA - Matr.04106610, Gerente**, em 25/03/2026, às 13:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **OLIVIA LEAL SOARES - Matr.0171295-X, Gerente Assistencial**, em 25/03/2026, às 14:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **JOÃO PAULO CARDOSO - Matr.04345223, Assessor Técnico**, em 25/03/2026, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **TÂNIA MÁRCIA MARQUES DE SOUSA - Matr.03988635, Coordenadora**, em 25/03/2026, às 15:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **LINO WAGNER CASTELO BRANCO PORTELA - Matr.03779670, Coordenador**, em 26/03/2026, às 10:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0023092662** e o código CRC **0331704B**.

Referência: Caso responda este Documento, indicar expressamente o Processo nº 00351.000404/2026-61

SEI nº 0023092662