



GESTÃO EM SAÚDE

Mais de
70 anos
de assistência

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA
CONTRATO DE GESTÃO Nº 023/2026



GESTÃO EM SAÚDE

Mais de
70 anos
de assistência

**RELATÓRIO 2º QUADRIMESTRE COM CUMPRIMENTO
DE METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS**

MAIO A AGOSTO/2026

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
OBJETIVO.....	6
CONTEXTUALIZAÇÃO.....	7
METAS QUALITATIVAS	8
METAS QUANTITATIVAS	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48

1.

INTRODUÇÃO

A S3 Gestão em Saúde, na condição de gestora do Hospital Municipal de Araucária (HMA), por meio do Contrato de Gestão nº 023/2026, com vigência de 12 (doze) meses, iniciada em 1º de fevereiro de 2026, atua na implementação das melhores práticas de gestão hospitalar, visando ao cumprimento das metas pactuadas e ao aprimoramento contínuo dos serviços prestados à população.

A atuação da gestora está fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na garantia do acesso universal, integral e equânime às ações e aos serviços de saúde. Nesse contexto, busca-se assegurar uma assistência resolutiva, humanizada e segura, com ênfase na qualidade do atendimento, na eficiência dos processos, na otimização dos recursos disponíveis e na segurança do paciente.

O município de Araucária, localizado na Região Metropolitana de Curitiba, no estado do Paraná, possui relevante importância econômica e industrial no cenário estadual, especialmente em razão da presença do polo petroquímico e da refinaria da Petrobras. Com área territorial aproximada de 469,2 km² e população estimada em 162.247 habitantes em 2025, o município desempenha papel estratégico na dinâmica regional, apresentando demandas crescentes e diversificadas na área da saúde.

O Hospital Municipal de Araucária constitui a principal unidade hospitalar pública do município, desempenhando papel estratégico na organização da Rede de Atenção à Saúde local e atuando como referência para atendimentos de média complexidade no âmbito do SUS. Com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, o hospital está localizado no bairro Sabiá e atende usuários encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bem como por municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

Nesse cenário, o presente documento corresponde ao 5º Relatório de Prestação de Contas do Contrato de Gestão nº 023/2026 e apresenta os resultados alcançados no período de fevereiro a abril de 2026. O relatório contempla a avaliação do desempenho institucional e assistencial da equipe, o acompanhamento da execução das metas contratuais quantitativas e qualitativas, a análise dos fatores epidemiológicos, sociais e

operacionais que possam ter influenciado os resultados, além do registro de fatos relevantes ocorridos no período.

A prestação de contas tem como propósito demonstrar a execução das ações previstas no contrato, promovendo transparência, controle, monitoramento e avaliação da gestão hospitalar. Busca-se, ainda, evidenciar as medidas adotadas para o aprimoramento dos processos de trabalho, a qualificação da assistência e o fortalecimento da capacidade de resposta do Hospital Municipal de Araucária às necessidades de saúde da população.

2.

OBJETIVO

Apresentar as atividades administrativas e operacionais executadas pela gestão no período de **Maio a Agosto**, evidenciando as metas qualitativas e quantitativas definidas no âmbito do Contrato de Gestão Nº 023/2026, ratificando o compromisso da S3 Gestão em Saúde com a transparência e qualidade dos serviços prestados.

3.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente relatório tem por objetivo apresentar e descrever as atividades assistenciais desenvolvidas no Hospital Municipal de Araucária (HMA), durante o segundo quadrimestre 2026, do Contrato de Gestão 023/2026. Os indicadores de desempenho são parâmetros de acompanhamento definidos contratualmente, sendo ferramentas a serem utilizadas com a finalidade de avaliar a qualidade do serviço prestado, considerando os conceitos e objetivos de cada indicador.

O Contrato de Gestão prevê que a avaliação de desempenho da S3 Gestão em Saúde no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e atividades no HMA será executada mensalmente pela Comissão de Fiscalização, pelo Conselho de Administração, Núcleo de Auditoria em Saúde - NAS e Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA, até o dia 15º de cada mês.

Em relação ao volume da produção assistencial hospitalar contratada, sua aferição será realizada, dentre outros fatores, através da ocupação dos leitos da unidade, utilizando-se o indicador Taxa de Ocupação Geral de Leitos. Este indicador mede o perfil de utilização e gestão eficiente dos leitos operacionais no hospital e está relacionado ao intervalo de substituição dos leitos e à média de permanência do paciente internado.

A meta definida para a ocupação dos leitos foi parametrizada mediante edital, considerando o perfil da unidade. Importante ressaltar que todos os leitos disponíveis na unidade são regulados pela Central de Regulação, ficando as taxas de ocupação dos leitos dependentes da solicitação de transferência de pacientes à unidade pelo órgão responsável e demanda espontânea.

4.

METAS QUALITATIVAS

As metas qualitativas apresentaram, de forma geral, desempenho satisfatório no quadrimestre de maio a agosto, com cumprimento integral ou superior aos parâmetros estabelecidos na maioria dos indicadores. Destacam-se os resultados de 100% nas respostas aos usuários, no preenchimento dos prontuários, no envio do censo hospitalar e nas altas referenciadas, além da disponibilização das primeiras consultas para a Central, que alcançou média superior a 100%. Também foram satisfatórios os índices de capacitação em Segurança do Paciente e de atualização profissional, ambos acima das metas previstas, assim como a taxa de readmissão hospitalar em 30 dias, que permaneceu abaixo do limite estabelecido.

Embora alguns indicadores ainda tenham apresentado resultados inferiores às metas, como a efetividade das Comissões e Comitês e a confirmação de presença e falta dos pacientes eletivos, observa-se que os resultados permaneceram próximos dos parâmetros esperados. De modo geral, os dados evidenciam avanço na organização dos processos, na qualidade dos registros, na comunicação com os usuários, na continuidade do cuidado e na qualificação das equipes, demonstrando o compromisso da unidade com a melhoria contínua da assistência e o aprimoramento de seus resultados.

Os documentos analíticos utilizados para a verificação dos indicadores estão à disposição da comissão de avaliação e serão fornecidos mediante solicitação.

A seguir, apresentamos a tabela consolidada com os indicadores e os respectivos resultados alcançados no segundo quadrimestre 2026. Na sequência, são exibidos a tabela

Tabela 1: Indicadores Qualitativos.

Metas Qualitativas - Taxa de Ocupação	Meta	Maio	Junho	Julho	Agosto	Média
A1 - Taxa de ocupação da Clínica Pediátrica	≥ 80%	67,50%	74,67%	70,65%	54,84%	66,92%
A2 - Taxa de ocupação da Clínica Cirúrgica	≥ 80%	77,40%	84,87%	83,13%	87,34%	83,19%
A3 - Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	73,00%	74,08%	65,09%	76,40%	72,14%
A4 - Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	67,70%	70,19%	66,85%	71,33%	69,02%
A5 - Taxa de ocupação UCIN	≥ 80%	24,73%	25,56%	35,48%	34,41%	30,05%
A6 - Taxa de ocupação da Clínica Médica	≥ 80%	79,20%	76,96%	81,30%	83,87%	80,33%
A7 - Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	86,74%	89,26%	93,50%	88,50%	89,50%
A8 - Taxa de ocupação UTI Pediátrica	≥ 85%	54,84%	53,33%	52,22%	48,39%	52,20%
A9 - Taxa de ocupação Neonatal	≥ 85%	79,35%	60,00%	41,29%	54,19%	58,71%
B10 - Média de permanência da Clínica Pediátrica	≤ 4 dias	1,90	2,33	2,09	2,50	2,21
B11 - Média de permanência da Clínica Cirúrgica	≤ 4 dias	1,71	2,01	2,13	1,93	1,95
B12 - Média de permanência Ginecologia/Obstetrícia	≤ 4 dias	2,12	2,23	2,23	2,05	2,16
B13 - Média de permanência UCIN	≤ 4 dias	3,29	2,56	5,50	3,20	3,64
B14 - Média de permanência Clínica médica	≤ 4 dias	2,84	3,28	3,39	3,71	3,31
B15 - Média de permanência UTI Adulto	≤ 7 dias	5,38	3,95	5,93	6,86	5,53
B16 - Média de permanência UTI Pediátrica	≤ 10 dias	3,64	6	2,09	11,25	5,75
B17 - Média de permanência Neonatal	≤ 14 dias	10,25	8,18	5,82	6,46	7,68
C18 - Taxa de suspensão de cirurgia	≤ 4%	0,83%	5,92%	3,68%	1,32%	3,53%
E19 - Proporção de partos vaginais	≥ 65%	54,74%	49,60%	54,29%	59,06%	54,42%



GESTÃO EM SAÚDE



F20 - Acompanhamento taxas de mortalidade Não Institucional	Análise crítica PDSA	0,62%	0,32%	0,96%	1,10%	0,75%
F20 - Acompanhamento taxas de mortalidade Institucional	Análise crítica PDSA	3,70%	2,39%	3,50%	1,57%	2,79%
F20 - Acompanhamento taxas de mortalidade materno Infantil	Análise crítica PDSA	0,00%	0,15%	0,00%	0,16%	0,08%
F20 - Acompanhamento taxas de mortalidade Cirúrgica	Análise crítica PDSA	0,47%	0,63%	1,25%	0,79%	0,79%
G 21 - Realizar classificação de risco no mínimo 98% dos usuários	≥ 98%	99,21%	98,93%	99,54%	98,47%	99,04%
G22 - Manter até 8 minutos a média de atendimento do paciente no sistema	00:08:00	00:05:28	00:04:29	00:07:05	00:06:16	00:05:49
G23 - Manter em até 240 minutos o tempo médio de espera para pacientes com a classificação de risco azul/Não urgente	≤ 240 minutos	00:57:45	00:57:45	00:42:31	00:52:36	00:52:39
G23 - Manter em até 120 minutos o tempo médio de espera para pacientes com a classificação de risco verde/ Pouco urgente	≤ 120 minutos	00:51:01	00:51:01	00:39:44	00:18:29	00:40:04
G23 - Manter em até 60 minutos o tempo médio de espera para pacientes com a classificação de risco amarelo / Urgente	≤ 60 minutos	00:30:00	00:30:00	00:27:40	00:17:51	00:26:23
G23- Manter em até 10 minutos o tempo médio de espera para pacientes com a classificação de risco Laranja/ Muito Urgente	≤ 10 minutos	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00
G23- Realizar o atendimento imediato para pacientes com a classificação de risco Vermelho/ Emergência	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
I24 - Manter o tempo médio de permanência no PS Geral até 12 horas	12:00:00	01:18:27	01:18:27	01:27:09	01:20:17	01:21:05
I25 - Manter o tempo médio de permanência no PS Obstétrico até 12 horas	12:00:00	01:31:06	01:53:49	01:42:53	01:47:11	01:43:45



GESTÃO EM SAÚDE



I26 - Manter o tempo médio de permanência no PA Infantil até 12 horas	12:00:00	01:18:27	01:18:27	00:55:13	00:51:24	01:05:53
J27 - Taxa global de infecção Hospitalar <2%	≤ 2%	0,82%	0,31%	1,43%	0,94%	0,88%
J28 - Apresentar densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica	≤ 10	0,00	0,00	0,03	0,16	0,05
J29 - Apresentar densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU)	≤ 1	8,19	0,00	0,03	0,00	2,06
J30 - Apresentar densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso (CVC)	≤10	5,88	5,24	0,00	0,00	2,78
J31 - Apresentar densidade de incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas	≤1	0,00	0,46	0,82%	1,70%	0,12
K32 - Incidência de Queda	≤ 1	0,66	1,07	1,77	1,04	1,14
L33 - Incidência de Úlcera por Pressão	≤ 5	0,66	0,00	0,95	0,36	0,49
M34- Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura	Cumprido = 1,00	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Q35 - Disponibilizar 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação	Não Cumprido=0,0	120,60%	120,46%	125,60%	116,87%	120,88%
R36 - Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central	≥ 100%	121,74%	121,74%	117,39%	117,39%	119,57%
S37 - Realizar 100% das confirmações de presença e falta dos pacientes eletivos agendados no Sistema de informação utilizado pela SMSA	≥ 100%	99,22%	98,88%	98,44%	97,80%	98,59%
T38 - Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência.	≥ 100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



GESTÃO EM SAÚDE



U39 - Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde.	70%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
U40- Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo, 100% das puérperas e dos recém-nascidos egressos nas Unidades Básicas de Saúde.	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
U41 - Taxa de readmissão Hospitalar em 30 dias um percentual inferior a 20%	0	8,40%	9,00%	9,24%	12,16%	9,70%
V42 - Garantir 100% das AIHs dos internamentos no mês subsequente à ocorrência.	100%	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%
W43 - Garantir o percentual de 80% de respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia,	80%	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%
X44 - Garantir a efetividade das Comissões e Comitês, em conformidade com a Legislação vigente, listados a seguir:	16	14	15	14	14	14,25
Z45 - Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional.	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
AA46 Manter o índice de capacitação em Metas de Segurança do Paciente maior que 75%	75%	78,14%	77,51%	77,30%	85,27%	79,56%
AA47 Manter o índice de atualização profissional em práticas assistenciais maior que 60%	60%	99,35%	109,33%	70,00%	109,81%	97,12%

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE OCUPAÇÃO

1. Posicionamento da Direção Técnica

Na condição de Diretor Técnico do Hospital Municipal de Araucária, apresento esta justificativa para subsidiar a avaliação contratual e esclarecer a atuação desenvolvida em busca das metas estabelecidas no Termo de Referência. Nosso trabalho esteve direcionado à organização da assistência, ao acompanhamento das equipes e dos processos internos e à preservação da segurança dos pacientes, considerando os recursos e as condições de funcionamento da unidade.

Foram empregados esforços, no âmbito das atribuições da Direção Técnica, para favorecer o cumprimento das metas. O não atingimento de determinados percentuais, entretanto, não deve ser interpretado isoladamente como ausência de atuação ou omissão da direção. A avaliação precisa relacionar o resultado aos atos de gestão documentados, ao perfil dos pacientes, à estrutura assistencial e aos fluxos de encaminhamento da rede.

A análise abrange o quadrimestre de maio a agosto de 2026. Os resultados mensais e as médias são reproduzidos conforme o demonstrativo institucional apresentado. As diferenças em relação às metas são calculadas a partir dessas médias, para subsidiar a avaliação por especialidade. [1]

2. Atuação registrada e alcance das atribuições

A atuação não se limita a uma declaração de intenção. O Relatório de Atividades de julho de 2026 registra o cumprimento da presença mínima semanal de 20 horas pela Direção Técnica, sob minha responsabilidade, e descreve atividades efetivamente desenvolvidas de supervisão assistencial, análise dos fluxos internos, organização dos registros, acompanhamento operacional e apoio às escalas médicas. [3]

Esses registros demonstram exercício da função e participação na gestão do serviço. A Resolução CFM nº 2.147/2016 atribui à direção responsabilidades sobre as condições técnicas da assistência e o funcionamento do estabelecimento; por isso, não se pretende afastar os deveres próprios do cargo. Solicita-se, contudo, que a análise da conduta seja individualizada e não reduzida ao percentual de ocupação. [5]

A gestão interna dos leitos e a articulação assistencial integram as responsabilidades institucionais. Já a vinculação regional dos pacientes, a distribuição dos encaminhamentos e determinadas decisões de organização da rede exigem participação dos gestores e da regulação. Essa distinção não elimina obrigações, mas delimita quais fatores dependem de providências internas e quais requerem decisão compartilhada. [2]

3. Resultados do quadrimestre: maio a agosto de 2026

Indicador	Média maio–agosto	Meta	Diferença (pontos percentuais)
Clínica Pediátrica	66,92%	≥ 80%	-13,08
Clínica Cirúrgica	83,19%	≥ 80%	+3,19
Internação Geral	72,14%	≥ 80%	-7,86
Ginecologia/Obstetrícia	69,02%	≥ 80%	-10,98
UCIN	30,05%	≥ 80%	-49,95
Clínica Médica	80,33%	≥ 80%	+0,33
UTI Adulto	89,50%	≥ 85%	+4,50
UTI Pediátrica	52,20%	≥ 85%	-32,80
UTI Neonatal	58,71%	≥ 85%	-26,29

Fonte: demonstrativo institucional de ocupação de maio a agosto de 2026. Diferenças calculadas pela subtração da meta da média informada. As médias apresentadas não substituem a consolidação por pacientes-dia e leitos-dia. [1, 2]

Na média do quadrimestre, a Clínica Cirúrgica (83,19%), a Clínica Médica (80,33%) e a UTI Adulto (89,50%) atingiram suas metas. Os demais setores permaneceram abaixo dos parâmetros pactuados. Esses resultados exigem avaliação por especialidade, considerando a evolução mensal e os condicionantes assistenciais, estruturais e regulatórios descritos neste relatório. [1]

Setor	Maio	Junho	Julho	Agosto
Clínica Pediátrica	67,50%	74,67%	70,65%	54,84%
Clínica Cirúrgica	77,40%	84,87%	83,13%	87,34%
Internação Geral	73,00%	74,08%	65,09%	76,40%
Ginecologia/Obstetrícia	67,70%	70,19%	66,85%	71,33%

Setor	Maio	Junho	Julho	Agosto
UCIN	24,73%	25,56%	35,48%	34,41%
Clínica Médica	79,20%	76,96%	81,30%	83,87%
UTI Adulto	86,74%	89,26%	93,50%	88,50%
UTI Pediátrica	54,84%	53,33%	52,22%	48,39%
UTI Neonatal	79,35%	60,00%	41,29%	54,19%

Evolução mensal das taxas de ocupação de maio a agosto de 2026, conforme demonstrativo institucional. [1]

4. Intervenções estruturais e leitura do indicador

Conforme relatado por esta Direção Técnica, a reforma do telhado alcançou diferentes setores, incluindo Centro Cirúrgico, Clínica Médica, UTI Adulto e Clínica Obstétrica, com interferências na rotina assistencial. O resultado deve ser apreciado à luz dessas condições concretas, sem equiparar uma restrição temporária de funcionamento à falta de empenho das equipes ou da direção.

5. Clínica Pediátrica: correspondência entre o serviço e a meta

A média de 66,92%, frente à meta de 80%, deve ser analisada em conjunto com o funcionamento do Pronto Atendimento Infantil. No relato assistencial desta Direção Técnica, a atividade predominante tem perfil de urgência e observação, com elevada rotatividade, definição de alta e encaminhamento dos pacientes que precisam de continuidade em serviços de referência. A unidade não se organiza como referência para todo o conjunto de tratamentos pediátricos especializados.

A crítica central é a necessidade de correspondência entre o serviço efetivamente prestado e o indicador utilizado para avaliá-lo. O próprio Termo de Referência considera o Pronto Atendimento Infantil uma extensão da UPA, supervisionada e direcionada pelo Departamento de Urgência e Emergência. Ao mesmo tempo, prevê separadamente dez leitos de Clínica Pediátrica e meta de ocupação de 80%. Essas duas previsões precisam ser interpretadas em conjunto. [2]

Pela metodologia contratual, o censo registra pacientes presentes no momento definido para a apuração, e não todas as passagens de pacientes por um leito no dia. Por



isso, a taxa de ocupação, isoladamente, não expressa o volume total de atendimentos de urgência e observação. Uma ocupação inferior à meta não equivale, automaticamente, à ociosidade da equipe ou à ausência de assistência. [2]

Submetemos, nesta justificativa, a necessidade de revisão da correspondência entre leitos de observação, internação pediátrica e indicadores. A solicitação é de adequação fundamentada do modelo de avaliação, e não de cancelamento automático da obrigação de ocupação dos leitos efetivamente destinados à internação. Eventual alteração depende de deliberação formal do gestor, nos termos da possibilidade de readequação prevista no instrumento contratual. [2]

6. UTI Pediátrica: perfil assistencial e retaguarda disponível

A UTI Pediátrica apresentou média de 52,20%, frente à meta de 85%. A ocupação diminuiu ao longo do quadrimestre, de 54,84% em maio para 48,39% em agosto. Reconhecemos o desvio, mas sua interpretação precisa considerar o perfil de pacientes que podem ser assistidos com segurança e a retaguarda disponível para continuidade do tratamento. [1]

Conforme a situação relatada, o hospital não dispõe de suporte para determinadas subespecialidades. Essa condição restringe o conjunto de casos cuja assistência pode ser integralmente conduzida na unidade. A mera disponibilidade física de um leito não torna equivalentes serviços com capacidades e retaguardas diferentes.

A crítica não afasta a necessidade de assegurar os recursos previstos no contrato. É necessário distinguir os apoios que integram as obrigações da unidade dos recursos que dependem de referência externa. Na avaliação da Direção Técnica, deve ser considerada a atuação possível sobre cada limitação e a competência para autorizar, financiar ou organizar sua solução, sem atribuição automática de responsabilidade a partir da taxa isolada.

Há, ainda, utilização relatada de parte dos leitos para pacientes de perfil neonatal. Essa assistência integra a análise da produção efetivamente realizada e precisa ser conciliada com os registros pediátricos e neonatais. Não se trata de somar indicadores, contabilizar o mesmo atendimento duas vezes ou presumir autorização para conversão de leitos, mas de evitar que a avaliação ignore o uso assistencial ocorrido.

Solicitamos que a apreciação contratual considere conjuntamente a demanda compatível, a retaguarda e a distribuição efetiva da assistência pediátrica e neonatal. A



definição do perfil e de eventual readequação dos leitos requer pactuação com o gestor; não depende exclusivamente de uma determinação da direção técnica. [2]

7. UTI Neonatal: referência de alto risco e fluxo regional

A UTI Neonatal apresentou média de 58,71%, frente à meta de 85%. A ocupação passou de 79,35% em maio para 60,00% em junho e 41,29% em julho, com recuperação parcial para 54,19% em agosto. Apesar da melhora no último mês, permaneceu abaixo da meta em todo o quadrimestre. A avaliação deve considerar a relação entre os nascimentos na maternidade, as admissões externas e o perfil de atendimento da unidade. [1]

Conforme o perfil assistencial relatado, somos referência para a gestação de alto risco da 2ª Regional de Saúde e dispomos de UTI Neonatal tipo II. Essa condição não assegura, por si só, encaminhamento contínuo em volume suficiente para alcançar a ocupação pactuada. A vinculação das gestantes às maternidades de origem e os fluxos regionais influenciam o volume que efetivamente chega ao hospital.

Na experiência relatada por esta direção, parte relevante do atendimento decorre de gestantes admitidas em trabalho de parto prematuro e de recém-nascidos com necessidades compatíveis com a estrutura existente. Casos que demandam recursos subespecializados não disponíveis exigem articulação com referências adequadas. Não se estabelece, porém, exclusão genérica de diagnósticos neurológicos ou cardíacos apenas pela classificação da UTI como tipo II; o que importa é a necessidade assistencial individual e o suporte exigido. [6]

Nossa justificativa é que o resultado depende também da efetividade da vinculação e do encaminhamento regional, além da gestão interna. A observação de menor ingresso de pacientes compatíveis não equivale a afirmar inexistência de demanda na região. Tampouco se atribui, sem análise dos registros de regulação, responsabilidade exclusiva a outro ente. O que se solicita é a consideração desses condicionantes na avaliação da atuação técnica.

8. UCIN: utilização vinculada à necessidade de cuidado intermediário

A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais apresentou média de 30,05%, frente à meta de 80%. A ocupação foi de 24,73% em maio, 25,56% em junho, 35,48% em julho e 34,41% em agosto, permanecendo abaixo da meta nos quatro meses. A análise da UCIN deve integrar a linha materno-neonatal, e não tratá-la como serviço com demanda independente do perfil dos recém-nascidos. [1]

O cuidado intermediário destina-se a recém-nascidos que necessitam de assistência contínua de menor complexidade que a terapia intensiva. Dessa forma, a utilização desses leitos depende de pacientes com indicação para esse nível de cuidado, sejam provenientes da maternidade, da UTI Neonatal ou de encaminhamentos compatíveis da rede. [6]

A menor ocupação precisa ser apreciada à luz desse fluxo. Não seria adequado prolongar internações, antecipar transferências sem condição clínica ou manter recém-nascidos em nível de cuidado incompatível apenas para elevar o percentual. A avaliação da direção deve reconhecer que a segurança e a indicação assistencial delimitam o uso possível dos leitos.

Submetemos à avaliação conjunta do gestor a correspondência entre a oferta de UCIN, o volume efetivamente encaminhado e a organização da linha neonatal. Não se presume que toda a diferença de 49,95 pontos percentuais tenha uma única causa; solicitamos que a meta seja analisada com a demanda e a estrutura de referência que permitem sua execução.

9. Síntese da justificativa e solicitações ao gestor

Esta Direção Técnica reconhece os resultados abaixo dos parâmetros pactuados e apresenta suas justificativas preservando os números informados. Ao mesmo tempo, solicita que a avaliação considere as atividades efetivamente desenvolvidas, incluindo supervisão assistencial, análise dos fluxos internos, acompanhamento das rotinas e apoio à organização das escalas médicas, conforme registrado na prestação de contas. O não atingimento de uma meta de ocupação, isoladamente, não permite concluir pela ausência de atuação da Direção Técnica, sendo necessário examinar as providências realizadas e os fatores assistenciais, estruturais e regulatórios envolvidos.

Diante das limitações identificadas e do perfil de atendimento descrito neste relatório, submetemos ao gestor as seguintes propostas de adequação dos indicadores e de reorganização assistencial:

Clínica Pediátrica: avaliação compatível com o Pronto Atendimento Infantil

Considerando que, conforme o funcionamento relatado por esta direção, o setor identificado como Clínica Pediátrica corresponde à observação dos pacientes do Pronto Atendimento Infantil, propomos que sua avaliação seja orientada por indicadores compatíveis com uma unidade de pronto atendimento pediátrico, em substituição ao uso



isolado da taxa de ocupação hospitalar como parâmetro de desempenho. Essa proposta encontra fundamento na caracterização do PAI, pelo próprio Termo de Referência, como extensão da UPA, com suas ações supervisionadas e direcionadas pelo Departamento de Urgência e Emergência.

O plano de adequação contempla o acompanhamento do acolhimento e da classificação de risco, do tempo de espera para atendimento médico conforme a gravidade, do tempo médio de permanência, dos desfechos e da efetivação das transferências. Entre os parâmetros já previstos contratualmente, destaca-se o tempo médio de permanência no PAI inferior a 12 horas, que deverá ser analisado com identificação dos períodos de assistência, observação e espera por vaga ou transporte, permitindo distinguir as etapas do atendimento e as responsabilidades sobre os atrasos.

Solicitamos, portanto, a apreciação formal dessa adequação pela SMSA e pelo DUE, com delimitação dos leitos de observação e dos eventualmente destinados à internação hospitalar. A finalidade é avaliar o serviço pela assistência que efetivamente presta, sem confundir elevada rotatividade com ociosidade e sem estimular permanências desnecessárias apenas para elevar a ocupação.

UTI Pediátrica: destinação dos três leitos à ampliação da UTI Neonatal

Propomos a conversão planejada dos três leitos atualmente destinados à UTI Pediátrica em leitos de UTI Neonatal, concentrando a terapia intensiva desse segmento na linha neonatal. O Termo de Referência prevê três leitos pediátricos e cinco neonatais; assim, a conversão integral representaria a ampliação da capacidade neonatal de cinco para oito leitos, caso aprovada e tecnicamente viabilizada. O instrumento também prevê a possibilidade de readequação da distribuição dos leitos conforme necessidade identificada pela SMSA.

Essa reorganização busca concentrar equipe, estrutura e recursos na linha materno-neonatal, deixando de manter uma UTI Pediátrica separada. Sua implantação deverá ser precedida de avaliação da demanda regional, dimensionamento assistencial e financeiro e pactuação de referência para as crianças que necessitem de terapia intensiva pediátrica. A conversão somente deverá ocorrer com garantia de continuidade do cuidado, transporte e fluxo de transferência, preservando os pacientes internados e o atendimento às urgências pediátricas.

UTI Neonatal: ampliação da capacidade e retaguarda de neurologia pediátrica

Associada à ampliação dos leitos, propomos avaliar a implantação de neurologia pediátrica em regime de sobreaviso, como retaguarda hospitalar para os pacientes da UTI Neonatal, com escala formalizada, critérios de acionamento, disponibilidade para avaliação presencial conforme a necessidade e acesso aos recursos diagnósticos pertinentes.

A proposta tem como finalidade ampliar a capacidade de avaliação e acompanhamento dos recém-nascidos, permitindo atender casos de maior complexidade compatíveis com a estrutura disponível e com o perfil assistencial pactuado. Dessa forma, buscamos fortalecer o HMA como referência neonatal para a 2ª Regional de Saúde, com maior integração entre maternidade, UTI Neonatal, UCIN e serviços de regulação.

A ampliação deverá estar vinculada à organização dos encaminhamentos e à demonstração da demanda compatível. O aumento do número de leitos, por si só, não assegura maior ocupação; é necessário associá-lo ao fortalecimento da capacidade assistencial e do acesso regulado. Da mesma forma, a retaguarda de neurologia pediátrica deverá integrar uma estrutura de suporte, sem ser considerada substituta dos demais recursos necessários ao atendimento.

Deliberação e acompanhamento

Solicitamos que essas propostas sejam submetidas à avaliação conjunta da SMSA, do DUE e da regulação, conforme suas competências, com definição das adequações contratuais, assistenciais, cadastrais e de financiamento necessárias. À Direção Técnica caberá participar da elaboração e validação dos fluxos, do dimensionamento das necessidades e do acompanhamento dos resultados, em conjunto com as coordenações e o Núcleo Interno de Regulação.

O monitoramento deverá contemplar os indicadores do PAI, a utilização dos leitos neonatais, as admissões reguladas, os motivos de não admissão, as transferências por necessidade de recursos especializados e os desfechos assistenciais. As propostas são apresentadas para deliberação, sem pressupor aprovação ou execução prévia e sem modificar retroativamente os resultados informados.

Diante do exposto, solicito que a avaliação reconheça os esforços e as atividades documentadas da Direção Técnica, considerando tanto as medidas adotadas quanto as limitações que exigem solução compartilhada. Nosso compromisso com as metas se traduz no acompanhamento dos resultados e na apresentação de propostas concretas: adequar a avaliação da observação pediátrica ao perfil de pronto atendimento, direcionar os três



leitos de UTI Pediátrica à ampliação neonatal e avaliar a implantação de retaguarda de neurologia pediátrica. Essas medidas buscam aproximar a estrutura e os indicadores da realidade assistencial, ampliar a capacidade de atendimento da linha materno-neonatal e fortalecer a participação do HMA na rede regional, preservando a segurança e a continuidade do cuidado.

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – MÉDIA DE PERMANÊNCIA

A Clínica Pediátrica apresentou média quadrimestral de permanência de 2,21 dias, mantendo-se abaixo do limite de quatro dias em todas as competências. Os resultados variaram de 1,90 dia em maio a 2,50 dias em agosto, com discreta elevação no último mês. A permanência reduzida indica um perfil de internações de curta duração, com manutenção do indicador dentro do parâmetro estabelecido para o período.

A Clínica Cirúrgica apresentou média quadrimestral de permanência de 1,95 dia, permanecendo abaixo do limite de quatro dias em todos os meses. O indicador variou entre 1,71 dia em maio e 2,13 dias em julho, com redução para 1,93 dia em agosto. O resultado demonstra baixa permanência média e rotatividade compatível com o perfil cirúrgico da unidade, sem evidência de prolongamento expressivo das internações.

A Ginecologia/Obstetrícia manteve média de permanência estável ao longo do quadrimestre, variando entre 2,05 e 2,23 dias, com média de 2,16 dias. O indicador permaneceu dentro do limite de quatro dias em todas as competências, demonstrando comportamento regular e permanência compatível com o perfil assistencial da unidade, que inclui atendimentos relacionados ao trabalho de parto, puerpério e assistência ao binômio mãe e recém-nascido.

A UCIN apresentou média quadrimestral de permanência de 3,64 dias, próxima, porém ainda inferior, ao limite de quatro dias. Nos meses de maio e junho, os resultados foram de 3,29 e 2,56 dias, respectivamente. Em julho, houve aumento para 5,50 dias, ultrapassando a meta estabelecida, seguido de redução para 3,20 dias em agosto. A elevação pontual observada em julho deve ser acompanhada por meio da análise individual dos casos, considerando prematuridade, necessidade de ganho ponderal, suporte alimentar, condições clínicas e critérios para alta ou transferência.

A Clínica Médica apresentou média quadrimestral de permanência de 3,31 dias, mantendo-se dentro do limite de quatro dias em todas as competências. Os resultados foram de 2,84 dias em maio, 3,28 dias em junho, 3,39 dias em julho e 3,71 dias em agosto. Observa-se tendência de elevação gradual ao longo do período, embora o indicador tenha permanecido conforme a meta. Recomenda-se o monitoramento da evolução nos próximos meses para verificar a manutenção desse comportamento.

A UTI Adulto permaneceu dentro do limite de sete dias em todas as competências, com média quadrimestral de 5,53 dias. A permanência variou de 3,95 dias em junho a 6,86 dias em agosto. Apesar do aumento observado nos meses de julho e agosto, os resultados permaneceram dentro do parâmetro estabelecido, indicando controle geral do tempo de internação. A elevação no final do quadrimestre deve ser acompanhada considerando a complexidade dos pacientes e a necessidade de cuidados intensivos prolongados.

A UTI Pediátrica apresentou média quadrimestral de permanência de 5,75 dias, inferior ao limite de dez dias. Os resultados demonstraram importante oscilação mensal, passando de 3,64 dias em maio para 6,00 dias em junho, reduzindo para 2,09 dias em julho e aumentando para 11,25 dias em agosto. O resultado de agosto ultrapassou a meta estabelecida e constitui o principal ponto de atenção do quadrimestre. Em unidades com número reduzido de leitos, poucos pacientes com permanência prolongada podem provocar variações expressivas no indicador, sendo necessária a avaliação conjunta do número de internações, altas, pacientes-dia e perfil clínico dos pacientes.

A UTI Neonatal apresentou média quadrimestral de permanência de 7,68 dias, mantendo-se abaixo do limite de 14 dias em todos os meses. Os resultados variaram de 5,82 dias em julho a 10,25 dias em maio, com redução progressiva entre maio e julho e discreta elevação em agosto, para 6,46 dias. O desempenho permaneceu adequado durante todo o quadrimestre, devendo ser interpretado considerando o grau de prematuridade, o peso dos recém-nascidos, a necessidade de suporte clínico e nutricional e as condições para continuidade do cuidado após a alta.

De forma geral, o quadrimestre apresentou desempenho satisfatório na maioria das unidades, com as médias quadrimestrais dentro dos limites estabelecidos. As principais exceções foram a UCIN em julho, com 5,50 dias, acima da meta de quatro dias, e a UTI Pediátrica em agosto, com 11,25 dias, acima do limite de dez dias. Os demais indicadores permaneceram dentro dos parâmetros definidos, destacando-se a Clínica Cirúrgica, com a



menor média quadrimestral, de 1,95 dia, e a UTI Neonatal, que manteve a permanência abaixo do limite de 14 dias durante todo o período.

Indicador 18 – Taxa de suspensão de Cirurgia

A taxa de suspensão de cirurgias apresentou média quadrimestral de 3,53%, permanecendo dentro da meta estabelecida de até 4%. Entretanto, observou-se comportamento irregular ao longo do período: o indicador foi de 0,83% em maio, aumentou para 5,92% em junho, ultrapassando a meta, e posteriormente reduziu para 3,68% em julho e 1,32% em agosto. A recuperação nos dois últimos meses demonstra melhora do desempenho, mas o resultado de junho deve ser analisado quanto às causas das suspensões, como indisponibilidade de sala, falta de materiais, alterações clínicas, ausência de equipe ou não comparecimento do paciente.

Indicador 19 - Proporção de partos vaginais

A proporção de partos vaginais apresentou média quadrimestral de 54,42%, abaixo da meta estabelecida de pelo menos 65%. Os resultados mensais foram de 54,74% em maio, 49,60% em junho, 54,29% em julho e 59,06% em agosto. Embora tenha ocorrido melhora em agosto, o indicador permaneceu abaixo do parâmetro em todas as competências. O resultado demonstra a necessidade de avaliação do perfil obstétrico atendido, das indicações clínicas de cesariana, das condições maternas e fetais, além das práticas assistenciais e da condução do trabalho de parto.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE MORTALIDADE

No acompanhamento da mortalidade não institucional, os resultados variaram entre 0,32% em junho e 1,10% em agosto, com média quadrimestral de 0,75%. Houve redução em junho, seguida de elevação em julho e agosto. Como a meta definida para o indicador é de análise crítica por meio do PDSA, a interpretação deve considerar o número absoluto de óbitos, o perfil dos casos, a causa básica, a evitabilidade e possíveis falhas ou oportunidades de melhoria na rede de atenção e no encaminhamento dos pacientes.

A mortalidade institucional apresentou média quadrimestral de 2,79%, com redução de 3,70% em maio para 2,39% em junho, seguida de elevação para 3,50% em julho e nova redução para 1,57% em agosto. A variação mensal indica comportamento oscilante, com melhora importante no último mês do quadrimestre. Considerando que o indicador possui como referência a análise crítica por PDSA, recomenda-se avaliar os óbitos individualmente, relacionando-os à gravidade dos pacientes, às condições clínicas de admissão, ao tempo de permanência e às condutas adotadas durante a internação.

A mortalidade materna e infantil apresentou percentual muito baixo no período, com média quadrimestral de 0,08%. O indicador foi de 0,00% em maio, 0,15% em junho, 0,00% em julho e 0,16% em agosto. Apesar da pequena elevação nos meses de junho e agosto, os valores permaneceram baixos. Ainda assim, cada ocorrência deve ser submetida à análise individual e crítica, considerando a assistência prestada, as condições clínicas, a oportunidade das intervenções e os fatores relacionados à evitabilidade.

A mortalidade cirúrgica apresentou média quadrimestral de 0,79%, variando de 0,47% em maio a 1,25% em julho. Em junho, o indicador foi de 0,63%, seguido de redução para 0,79% em agosto. O maior resultado ocorreu em julho, devendo ser avaliado em conjunto com o número de procedimentos realizados, o risco cirúrgico dos pacientes, as complicações pós-operatórias, as condições clínicas prévias e as causas dos óbitos. Por se tratar de indicador com meta de análise crítica por PDSA, é importante verificar a existência de padrões recorrentes e definir ações preventivas e corretivas.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TAXA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR ENFERMEIRO AOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO E/OU NO PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL E OBSTÉTRICO

Indicador 24 – Acolhimento com classificação de risco em no mínimo 98% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento.

A classificação de risco apresentou média quadrimestral de 99,04%, superando a meta mínima de 98%. O indicador permaneceu acima do parâmetro em todas as

competências, com resultados de 99,21% em maio, 98,93% em junho, 99,54% em julho e 98,47% em agosto. Embora tenha ocorrido discreta redução em agosto, o percentual permaneceu conforme a meta. Conclui-se que o processo de classificação de risco apresentou cobertura adequada e regularidade durante todo o quadrimestre.

Indicador 25 – Manter até 8 minutos a média de atendimento do paciente no sistema

O tempo médio de atendimento do paciente no sistema foi de 5 minutos e 49 segundos no quadrimestre, permanecendo abaixo do limite de oito minutos. Os resultados mensais foram de 5 minutos e 28 segundos em maio, 4 minutos e 29 segundos em junho, 7 minutos e 05 segundos em julho e 6 minutos e 16 segundos em agosto. Apesar da elevação observada em julho, o indicador manteve-se dentro da meta em todas as competências. O resultado demonstra agilidade no atendimento inicial e adequado desempenho no registro dos pacientes no sistema.

Indicador 26 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Pouco Urgente conforme a classificação de risco.

O tempo médio de espera dos pacientes classificados como azul/não urgente foi de 52 minutos e 39 segundos, bastante inferior ao limite de 240 minutos. Os tempos registrados foram de 57 minutos e 45 segundos em maio, 57 minutos e 45 segundos em junho, 42 minutos e 31 segundos em julho e 52 minutos e 36 segundos em agosto. O menor tempo ocorreu em julho, seguido de discreta elevação em agosto, sem comprometimento da meta. Conclui-se que os pacientes classificados como não urgentes foram atendidos dentro de tempo adequado e com ampla margem em relação ao parâmetro estabelecido.

Indicador 27 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Pouco Urgente conforme a classificação de risco.

Os pacientes classificados como verde/pouco urgente apresentaram tempo médio de espera quadrimestral de 40 minutos e 04 segundos, abaixo do limite de 120 minutos. Houve redução gradual do tempo de espera, passando de 51 minutos e 01 segundo em maio e junho para 39 minutos e 44 segundos em julho e 18 minutos e 29 segundos em agosto. A redução observada no último mês demonstra melhora no fluxo de atendimento dessa classificação. O indicador apresentou desempenho satisfatório, com todos os resultados dentro da meta e evolução favorável ao longo do período.

Indicador 28 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Urgente conforme a classificação de risco

O tempo médio de espera para os pacientes classificados como amarelo/urgente foi de 26 minutos e 23 segundos, inferior ao limite de 60 minutos. Os resultados foram de 30 minutos em maio, 30 minutos em junho, 27 minutos e 40 segundos em julho e 17 minutos e 51 segundos em agosto. Observa-se redução progressiva do tempo de espera, especialmente no último mês do quadrimestre. O resultado evidencia resposta adequada aos casos urgentes, com cumprimento integral da meta em todas as competências.

Indicador 29 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Muito Urgente conforme a classificação de risco

O tempo médio de espera dos pacientes classificados como laranja/muito urgente foi de 8 minutos no quadrimestre, mantendo-se igual em maio, junho, julho e agosto. O resultado permaneceu dentro do limite máximo de dez minutos em todas as competências. A estabilidade do indicador demonstra regularidade no atendimento dos casos muito urgentes e cumprimento consistente do tempo estabelecido.

Indicador 30 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Emergência conforme a classificação de risco.

Para os pacientes classificados como vermelho/emergência, os registros mensais indicaram atendimento imediato, com tempo de 00:00:00 em maio, junho, julho e agosto. Entretanto, a média apresentada na tabela foi de 12 minutos, divergente dos resultados mensais informados. Conclui-se que é necessário revisar a fórmula de cálculo ou a consolidação da média, a fim de garantir a confiabilidade do indicador e confirmar o cumprimento da meta de atendimento imediato.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NO PRONTO SOCORRO (PS) E PRONTO ATENDIMENTO (PA)

Indicador 31 – Tempo Médio Permanência no PS Geral

O tempo médio de permanência no Pronto-Socorro Geral foi de 1 hora, 21 minutos e 05 segundos no quadrimestre, permanecendo muito abaixo do limite de 12 horas. Os resultados mensais foram de 1 hora, 18 minutos e 27 segundos em maio, 1 hora, 18 minutos e 27 segundos em junho, 1 hora, 27 minutos e 09 segundos em julho e 1 hora, 20 minutos e 17 segundos em agosto. Apesar da elevação pontual em julho, houve redução no mês seguinte. O indicador demonstra fluxo adequado e ausência de permanência prolongada dos pacientes no Pronto-Socorro Geral.

Indicador 32 – Tempo Médio Permanência no PS Obstétrico

O Pronto-Socorro Obstétrico apresentou tempo médio de permanência de 1 hora, 43 minutos e 45 segundos no quadrimestre, resultado inferior ao limite de 12 horas. Os tempos variaram de 1 hora, 31 minutos e 06 segundos em maio a 1 hora, 53 minutos e 49 segundos em junho, com registros de 1 hora, 42 minutos e 53 segundos em julho e 1 hora, 47 minutos e 11 segundos em agosto. As oscilações observadas não comprometeram o cumprimento da meta. Conclui-se que o setor manteve permanência média reduzida e fluxo assistencial adequado durante todo o período.

Indicador 33 – Tempo Médio Permanência no PA Infantil

O tempo médio de permanência no Pronto-Socorro Infantil foi de 1 hora, 05 minutos e 53 segundos, permanecendo significativamente abaixo do limite de 12 horas. Os resultados foram de 1 hora, 18 minutos e 27 segundos em maio, 1 hora, 18 minutos e 27 segundos em junho, 55 minutos e 13 segundos em julho e 51 minutos e 24 segundos em agosto. Observa-se redução expressiva nos dois últimos meses do quadrimestre. O desempenho indica boa resolutividade e fluxo adequado dos atendimentos pediátricos, sem evidência de retenção prolongada no setor.

INDICADORES – SEGURANÇA DO PACIENTE

Indicador 34 – Taxa Global de Infecção Hospitalar;

A taxa global de infecção hospitalar apresentou média quadrimestral de 0,88%, permanecendo abaixo da meta estabelecida de até 2%. Os resultados mensais foram de 0,82% em maio, 0,31% em junho, 1,43% em julho e 0,94% em agosto. Embora tenha ocorrido elevação em julho, o indicador permaneceu dentro do limite definido em todas as competências. Conclui-se que a taxa global de infecção hospitalar apresentou desempenho satisfatório e controle adequado durante o quadrimestre.

Indicador 35 – Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) ≤ 10 ;

A densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica apresentou média quadrimestral de 0,05, mantendo-se significativamente abaixo da meta de até 10. Os resultados foram de 0,00 em maio, 0,00 em junho, 0,03 em julho e 0,16 em agosto. Apesar da discreta elevação observada em agosto, o indicador permaneceu amplamente dentro do parâmetro estabelecido. O resultado demonstra baixa ocorrência do evento e desempenho satisfatório nas medidas de prevenção das pneumonias associadas à ventilação mecânica.

Indicador 36 – Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical(CV) ≤ 1 ;

A densidade de incidência de infecção do trato urinário associada ao cateter apresentou média quadrimestral de 2,06, acima da meta estabelecida de até 1. O resultado foi influenciado principalmente pelo índice de 8,19 em maio. Nos meses seguintes, observou-se redução expressiva, com 0,00 em junho, 0,03 em julho e 0,00 em agosto. Conclui-se que, apesar do resultado médio acima da meta, houve melhora importante e manutenção do indicador dentro do parâmetro nos três últimos meses, devendo ser investigadas as causas do resultado elevado em maio.

Indicador 37 – Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC) ≤ 10 ,

A densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso apresentou média quadrimestral de 2,78, permanecendo abaixo da meta de até 10. Os resultados mensais foram de 5,88 em maio, 5,24 em junho, 0,00 em julho e 0,00 em

agosto. Observa-se redução progressiva do indicador, com ausência de ocorrências registradas nos dois últimos meses do quadrimestre. O resultado demonstra desempenho adequado e evolução favorável no controle das infecções relacionadas ao cateter venoso.

Indicador 38 – Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas;

A densidade de incidência de infecção do sítio cirúrgico em cirurgias limpas apresentou média quadrimestral de 0,12, inferior à meta de até 1. Os resultados registrados foram de 0,00 em maio, 0,46 em junho, 0,82% em julho e 1,70% em agosto. Apesar da média quadrimestral permanecer dentro do parâmetro, houve ultrapassagem da meta em agosto, acompanhada de tendência de elevação nos meses de junho a agosto. Conclui-se que o resultado médio foi satisfatório, porém o aumento observado no final do quadrimestre requer investigação das causas e reforço das medidas de prevenção e monitoramento das infecções do sítio cirúrgico.

Indicador 39 – Incidência de quedas de pacientes internados

A incidência de queda apresentou média quadrimestral de 1,14, acima do limite estabelecido de até 1. Os resultados mensais foram de 0,66 em maio, 1,07 em junho, 1,77 em julho e 1,04 em agosto. O indicador ultrapassou a meta em junho, julho e agosto, com maior resultado em julho. Conclui-se que o indicador apresentou desempenho insatisfatório no quadrimestre, sendo necessária a análise dos eventos ocorridos, dos fatores de risco dos pacientes e da efetividade das medidas de prevenção de quedas.

Indicador 40 – Incidência de Lesões de Pele (LP) em pacientes internados.

A incidência de úlcera por pressão apresentou média quadrimestral de 0,49, permanecendo abaixo do limite estabelecido de até 5. Os resultados foram de 0,66 em maio, 0,00 em junho, 0,95 em julho e 0,36 em agosto. O indicador manteve-se dentro da meta em todas as competências, com ausência de ocorrência registrada em junho e redução em agosto. Conclui-se que o resultado foi satisfatório, demonstrando controle adequado e baixa incidência de úlceras por pressão durante o quadrimestre.

Indicador 41 – Taxa de cumprimento do Checklist de Cirurgia Segura do protocolo de cirurgia segura,

A taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura apresentou resultado de 100% em todas as competências, mantendo média quadrimestral de 100%. O indicador permaneceu integralmente conforme o parâmetro estabelecido, classificado como cumprido. Conclui-se que houve adesão plena ao protocolo de cirurgia segura durante todo o quadrimestre, evidenciando regularidade na aplicação das medidas e etapas previstas para a segurança do paciente cirúrgico.

INDICADORES – RELAÇÃO COM A REDE

Indicador 42 – Disponibilização de 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial.

A disponibilização dos SADT eletivos para a Central de Regulação apresentou média quadrimestral de 120,88%, com resultados de 120,60% em maio, 120,46% em junho, 125,60% em julho e 116,87% em agosto. Embora os percentuais indiquem disponibilização superior a 100% da referência apresentada, o indicador consta na tabela como “não cumprido”. Conclui-se que é necessário revisar a forma de cálculo, a base de referência e o critério de avaliação do indicador, pois os resultados superiores a 100% não permitem interpretar diretamente o cumprimento da meta sem esclarecer a metodologia utilizada.

Indicador 43 – Disponibilização de 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial.

A disponibilização das primeiras consultas para a Central apresentou média quadrimestral de 119,57%, superando a meta mínima de 100%. Os resultados mensais foram de 121,74% em maio, 121,74% em junho, 117,39% em julho e 117,39% em agosto. O indicador permaneceu acima da meta em todas as competências, demonstrando oferta superior ao quantitativo mínimo estabelecido. Conclui-se que houve cumprimento integral da meta, com disponibilização regular e ampliada das primeiras consultas para a Central.

Indicador 44 – Realização de 100% das confirmações de presença e falta dos pacientes eletivos agendados no Sistema de Informação utilizado pela SMSA.

A confirmação de presença e falta dos pacientes eletivos agendados apresentou média quadrimestral de 98,59%, ficando abaixo da meta de 100%. Os resultados foram de 99,22% em maio, 98,88% em junho, 98,44% em julho e 97,80% em agosto, observando-se



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



redução gradual do indicador ao longo do período. Embora o percentual permaneça elevado, não houve alcance integral da meta em nenhuma competência. Conclui-se que o indicador apresentou desempenho próximo do esperado, porém requer ações para garantir a confirmação de todos os pacientes eletivos e evitar perdas de informação, faltas não identificadas ou interferências no aproveitamento da agenda.

Indicador 45 – Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência.

O envio do censo hospitalar ao Departamento de Urgência e Emergência apresentou resultado de 100% em todas as competências, mantendo média quadrimestral de 100%. O indicador permaneceu integralmente conforme a meta mínima de 100%, demonstrando regularidade no fornecimento das informações hospitalares. Conclui-se que a meta foi cumprida durante todo o quadrimestre, garantindo a comunicação adequada e contínua do censo hospitalar ao Departamento responsável.

Indicador 46 – Realizar altas referenciadas com agendamento de no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas UBS.

As altas referenciadas com agendamento para os pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde apresentaram média quadrimestral de 100%, superando a meta mínima de 70%. O resultado foi de 100% em maio, junho, julho e agosto, demonstrando cumprimento integral e estabilidade do indicador. Conclui-se que a unidade garantiu o referenciamento de todos os pacientes elegíveis, fortalecendo a continuidade do cuidado na rede básica de saúde.

Indicador 47 – Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% das puérperas e dos RN egressos nas Unidades de Saúde

As altas referenciadas com agendamento para puérperas e recém-nascidos egressos apresentaram média quadrimestral de 100%, mantendo o mesmo resultado em todas as competências. O indicador alcançou 100% em maio, junho, julho e agosto, atendendo integralmente à meta estabelecida. Conclui-se que houve cumprimento pleno da meta, assegurando o encaminhamento adequado das puérperas e dos recém-nascidos para continuidade do acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde.

Indicador 48 – Manter a Taxa de Readmissão Hospitalar em 30 dias para um percentual inferior a 20%

A taxa de readmissão hospitalar em até 30 dias apresentou média quadrimestral de 9,70%, com resultados de 8,40% em maio, 9,00% em junho, 9,24% em julho e 12,16% em agosto. Embora tenha ocorrido aumento no último mês, todos os percentuais permaneceram abaixo de 20%, conforme descrito no indicador. Conclui-se que a taxa de readmissão permaneceu dentro do limite de referência ao longo do quadrimestre, apesar da elevação observada em agosto, que deve ser monitorada para identificar possíveis causas relacionadas à alta, à continuidade do cuidado e ao acompanhamento pós-hospitalar.

INDICADORES – GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Indicador 49 – Garantir 100% de aprovação das AIH's apresentadas, referentes aos internamentos no mês subsequente à ocorrência.

Maio: No mês de Maio, foram apresentadas 500 AIHs para aprovação, sendo 500 aprovadas, correspondendo a 100% de registro hospitalar. O resultado demonstra o cumprimento integral da meta estabelecida, sem ocorrência de rejeições no período.

Junho: No mês de Junho, foram apresentadas 629 AIHs, com 629 aprovações, mantendo o percentual de 100% de registro hospitalar. Observa-se a continuidade do desempenho satisfatório, com todas as AIHs apresentadas devidamente processadas e aprovadas.

Julho: No mês de Julho, foram apresentadas 647 AIHs para aprovação, sendo 642 aprovadas, correspondendo a uma taxa de aprovação de 99,23% e rejeição de 0,77%. Das 5 AIHs rejeitadas, 4 foram por motivo de capacidade instalada e 1 por duplicidade. As inconsistências identificadas estão sendo tratadas pela equipe responsável, com previsão de reapresentação das respectivas AIHs na competência de agosto de 2026, visando à regularização das pendências e à recuperação da produção.

Agosto: No mês de agosto, foram enviadas 650 AIHs na prestação de contas para aprovação, encontrando-se, no momento, em processamento para posterior envio ao Núcleo de Auditoria em Saúde (NAS). O resultado da aprovação da produção será disponibilizado no dia 20 do mês subsequente.

No período analisado, observa-se uma evolução satisfatória no indicador de aprovação das AIHs, com alcance de 100% de aprovação nos meses de maio e junho. Em maio, foram apresentadas 500 AIHs, sendo todas aprovadas, mantendo o percentual de 100% de registro hospitalar. Em junho, foram apresentadas 629 AIHs, também com 100% de aprovação, evidenciando a continuidade do desempenho positivo e a conformidade dos processos de faturamento.

No mês de julho, foram apresentadas 647 AIHs, das quais 642 foram aprovadas, correspondendo a uma taxa de aprovação de 99,23% e rejeição de 0,77%. Das cinco AIHs rejeitadas, quatro ocorreram em razão de capacidade instalada e uma por duplicidade. As AIHs rejeitadas serão reapresentadas na competência de agosto, possibilitando a regularização e a recuperação dessas produções.

Em agosto, foram encaminhadas 650 AIHs na prestação de contas para aprovação, encontrando-se a produção em processamento para posterior envio ao Núcleo de Auditoria em Saúde (NAS). O resultado da aprovação referente à competência de agosto será disponibilizado no dia 20 do mês subsequente.

De modo geral, os resultados demonstram a manutenção de um desempenho satisfatório no indicador, com 100% de aprovação alcançados em maio e junho e apenas uma pequena redução em julho, decorrente de situações pontuais. O acompanhamento das AIHs rejeitadas e sua reapresentação, bem como o monitoramento contínuo da capacidade instalada e dos processos de faturamento, são medidas importantes para garantir a regularização das pendências e a manutenção do indicador em 100%.

Indicador 50 – Garantir respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo.

O indicador de respostas dadas aos usuários para solicitações, sugestões, informações, elogios, reclamações ou denúncias apresentou média quadrimestral de 100%, superando a meta mínima de 80%. O resultado foi de 100% em maio, junho, julho e agosto,

demonstrando estabilidade e cumprimento integral do parâmetro estabelecido. Conclui-se que houve efetividade no atendimento às manifestações dos usuários, com resposta a todas as demandas registradas durante o quadrimestre.

Indicadores 51 a 66 – Garantir a efetividade das Comissões e Comitês.

No quadrimestre compreendido entre os meses de maio a agosto de 2026, o Hospital Municipal de Araucária manteve o acompanhamento sistemático das comissões e núcleos institucionais, reconhecendo essas instâncias como componentes estratégicos da governança institucional e como importantes mecanismos para a gestão de riscos, segurança do paciente, governança clínica, educação permanente, conformidade regulatória e melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

Durante o período avaliado, o indicador relacionado às comissões e núcleos institucionais manteve-se em 92,86%, demonstrando estabilidade no atendimento aos requisitos estabelecidos e evidenciando a manutenção das estruturas colegiadas já instituídas. Embora não tenha sido observada alteração no resultado do indicador ao longo do quadrimestre, foram identificados avanços qualitativos relevantes na estruturação da governança profissional, especialmente no que se refere à implantação da Comissão de Ética Médica e ao início das ações para constituição da Comissão de Ética de Enfermagem.

Atualmente, o Hospital Municipal de Araucária conta com 17 (dezessete) comissões e núcleos institucionalizados. Dessas instâncias, 15 atendem aos requisitos obrigatórios previstos contratualmente, enquanto as demais foram instituídas em atendimento às legislações específicas, às necessidades institucionais e às recomendações dos órgãos reguladores e científicos. Destacam-se, nesse contexto, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), em conformidade com a Portaria GM/MS nº 2.616/1998, e a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), que atua em conformidade com a Resolução RDC ANVISA nº 63, de 6 de julho de 2000, desenvolvendo ações voltadas à avaliação, indicação, acompanhamento e monitoramento da terapia Nutricional, contribuindo para uma assistência segura, eficaz e alinhada às boas práticas assistenciais e às diretrizes de segurança do paciente.

No decorrer do quadrimestre, observou-se manutenção da organização das instâncias colegiadas, com realização das reuniões conforme os cronogramas previamente

estabelecidos e observância do quórum necessário para sua realização e deliberação. A regularidade das reuniões constitui aspecto relevante para a efetividade da governança institucional, uma vez que possibilita o acompanhamento sistemático dos indicadores, riscos, não conformidades, planos de ação e demais assuntos relacionados às atribuições específicas de cada comissão ou núcleo.

Um dos principais avanços identificados no quadrimestre foi a implantação da Comissão de Ética Médica, oficialmente instituída em 08 de junho de 2026. A constituição dessa instância representa importante avanço para o fortalecimento da governança clínica, da ética profissional e da qualidade das relações entre o corpo clínico e a instituição, mesmo com sua paralização temporária em decorrência da finalização do Regimento Interno do Corpo Clínico, solicitado pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).

Outro avanço relevante observado no quadrimestre refere-se ao início das ações para constituição da Comissão de Ética de Enfermagem. A partir da regularização da Responsabilidade Técnica de Enfermagem e da disponibilização do respectivo documento oficial, foram iniciadas as providências necessárias para estruturação da comissão.

No período, iniciou-se a etapa de divulgação e mobilização dos profissionais de enfermagem interessados em participar do processo de composição da Comissão de Ética de Enfermagem, buscando promover participação, transparência, representatividade e legitimidade na constituição dessa instância.

A constituição da Comissão de Ética de Enfermagem representa importante mecanismo de governança profissional, com potencial para fortalecer ações

educativas e preventivas, orientar os profissionais quanto aos princípios éticos e às responsabilidades inerentes ao exercício profissional, além de contribuir para a análise e prevenção de situações relacionadas à prática da enfermagem.

Dessa forma, observa-se que, apesar da manutenção do indicador em 92,86%, o quadrimestre apresentou evolução qualitativa na estrutura de governança profissional da instituição. A implantação formal da Comissão de Ética Médica e o início do processo de constituição da Comissão de Ética de Enfermagem representam movimentos importantes para ampliação dos mecanismos institucionais de ética, responsabilidade profissional e qualificação das práticas assistenciais.

De maneira geral, o quadrimestre de maio a agosto de 2026 evidencia estabilidade do indicador de comissões em 92,86%, associada a avanços relevantes na estruturação da governança institucional e profissional.

A manutenção do funcionamento das comissões já estabelecidas, aliada à evolução observada na implantação da Comissão de Ética Médica e ao início do processo de constituição da Comissão de Ética de Enfermagem, demonstra trajetória de fortalecimento progressivo das instâncias colegiadas.

Embora permaneçam etapas documentais e regulatórias a serem concluídas, especialmente relacionadas à Comissão de Ética Médica, o período demonstra capacidade institucional de identificar necessidades, promover adequações e avançar na estruturação de mecanismos formais de governança.

Assim, as comissões e núcleos institucionais vêm se consolidando progressivamente não apenas como estruturas destinadas ao atendimento de requisitos legais e contratuais, mas como instrumentos estratégicos de governança, gestão de riscos, segurança do paciente, ética profissional e apoio à tomada de decisão.

A continuidade do acompanhamento sistemático, associada ao fortalecimento da avaliação da efetividade das deliberações e dos resultados alcançados, será fundamental para elevar a maturidade dessas instâncias e contribuir para a consolidação de uma cultura organizacional orientada à qualidade, à segurança, à responsabilidade profissional e à melhoria contínua.

Indicador 66 – Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional.

O preenchimento completo do prontuário eletrônico ou digital apresentou média quadrimestral de 100%, atendendo integralmente à meta estabelecida. O indicador manteve resultado de 100% em maio, junho, julho e agosto, demonstrando regularidade no registro das informações conforme os parâmetros definidos para cada categoria profissional. Conclui-se que houve cumprimento pleno da meta, com adequado preenchimento dos prontuários durante todo o quadrimestre.

Indicador 67 – Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente maior que 75%.

O índice de capacitação em Metas de Segurança do Paciente apresentou média quadrimestral de 79,56%, superando a meta mínima de 75%. Os resultados mensais foram de 78,14% em maio, 77,51% em junho, 77,30% em julho e 85,27% em agosto. Apesar de discreta redução entre maio e julho, houve aumento expressivo em agosto, contribuindo para o resultado médio acima da meta. Conclui-se que o indicador apresentou desempenho satisfatório, com alcance da meta em todas as competências e evolução positiva no último mês do quadrimestre.

Indicador 68 – Índice de Atualização Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%,

O índice de atualização profissional em práticas assistenciais apresentou média quadrimestral de 97,12%, superando amplamente a meta mínima de 60%. Os resultados foram de 99,35% em maio, 109,33% em junho, 70,00% em julho e 109,81% em agosto. Embora tenha ocorrido redução em julho, o indicador permaneceu acima da meta em todas as competências, com resultados superiores a 100% em junho e agosto. Conclui-se que houve desempenho satisfatório e ampla adesão às ações de atualização profissional, devendo ser verificada a metodologia de cálculo nos resultados superiores a 100%, para assegurar a consistência e a correta interpretação do indicador.

METAS QUANTITATIVAS

No quadrimestre de maio a agosto, as metas quantitativas relacionadas à estrutura médica e às coordenações assistenciais apresentaram resultado satisfatório. A equipe médica permaneceu completa em 100% das competências, assim como os coordenadores médicos da Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, Ortopedia e UTI. O diretor técnico também cumpriu a carga horária prevista de 20 horas semanais durante todo o período.

Na produção de cirurgias ambulatoriais eletivas, foram realizados 70 procedimentos em maio, 76 em junho, 90 em julho e 81 em agosto, com média de 81 cirurgias, diante da meta de 105. A vasectomia apresentou média de 5 procedimentos, conforme o esperado. Os procedimentos de varizes por espuma tiveram média de 40, com crescimento ao longo do período, passando de 25 em maio para 45 em agosto. As demais cirurgias ambulatoriais apresentaram média de 35 procedimentos, abaixo da meta de 50.

Nas consultas ambulatoriais, foram realizados 180 atendimentos em maio, 110 em junho, 134 em julho e 161 em agosto, com média de 146 consultas, diante da meta de 230. As consultas de cardiologia para avaliação pré-sedação apresentaram média de 114 atendimentos, abaixo da meta de 200. Já os atendimentos de plano de parto alcançaram média de 33, superando a meta de 30, com melhora nos meses de julho e agosto.

De forma geral, os resultados demonstram cumprimento integral das metas relacionadas à equipe médica e às coordenações, além de evolução na produção de alguns procedimentos e atendimentos ao longo do quadrimestre. Embora parte das metas de consultas e cirurgias ambulatoriais não tenha sido alcançada, foi observada recuperação da produção após a redução registrada em junho, especialmente nos procedimentos de varizes por espuma e nos planos de parto. A unidade segue avançando na organização dos serviços e na manutenção da assistência, buscando aprimorar continuamente seus resultados quantitativos.

Tabela 2: Indicadores quantitativos,

Metas Quantitativas	Meta	Maio	Junho	Julho	Agosto	Média
Manter equipe médica completa conforme escala pré-definida (24h)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Manter coordenador médico com carga horária mínima de 12h semanais	7	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Coordenador médico clínica cirúrgica	1	1	1	1	1	100,00%
Coordenador médico clínica médica	1	1	1	1	1	100,00%
Coordenador médico pediatria	1	1	1	1	1	100,00%
Coordenador médico ginecologia e obstetrícia	1	1	1	1	1	100,00%
Coordenador médico anestesiologia	1	1	1	1	1	100,00%
Coordenador médico Ortopedia	1	1	1	1	1	100,00%
Coordenador médico UTI	1	1	1	1	1	100,00%
Diretor técnico presencial com mínimo 20 horas semanais	20:00:00	20:00:00	20:00:00	20:00:00	20:00:00	20:00:00
Realizar no mínimo 439 saídas hospitalares	439	415	526	521	636	525
Cirurgias Eletivas	145	105	143	136	152	Média
Cirurgia Geral	20	12	24	17	23	19
Cirurgia Geral Videolaparoscopia	10	6	12	10	14	11
Cirurgia Geral Coloproctologia	10	5	3	4	10	6
Cirurgia Pediátrica	20	11	19	20	19	17
Cirurgia Ginecológica	40	48	46	45	44	46
Cirurgia Ginecológica Endometriose	4	5	8	4	6	6
Cirurgia Ginecológica Videolaparoscopia	6	4	5	7	5	5
Cirurgia Ortopédica	5	5	4	3	5	4
Laqueadura Eletiva	5	1	3	5	5	4



GESTÃO EM SAÚDE



Laqueadura Pós parto normal	5	4	6	1	7	5
Cirurgia vascular	20	4	13	20	14	13
Consultas ambulatoriais	230	180	110	134	161	Média
Cardiologia, avaliação pré-sedação	200	150	84	97	124	114
Plano de parto	30	30	26	37	37	33
Cirurgias Ambulatoriais Eletivas	105	70	76	90	81	Média
Vasectomia	5	5	5	5	4	5
Varizes Espuma	50	25	41	47	45	40
Cirurgias ambulatoriais	50	40	30	38	32	35
Exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação	3.515	3.118	3.236	3.680	3.554	Média
Mamografia	300	295	334	360	309	325
Radiodiagnóstico	2000	1748	1858	2216	2104	1982
Ultrassonografia	800	692	655	689	721	689
Ultrassonografia Mapeamento Endometriose	10	7	12	11	11	10
Ecocardiograma Adulto/Infantil	60	73	51	64	84	68
Teste ergométrico	30	0	28	38	27	23
Eletrocardiograma	100	93	80	94	97	91
Biopsia de Prostata	5	5	5	6	5	5
Endoscopia	100	105	103	96	93	99
Colonoscopia	100	100	102	95	93	98
Ecocardiograma fetal	10	0	8	11	10	7

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026)

INDICADORES – EQUIPE MÉDICA

Indicador 01 - Equipe Médica Completa conforme Escala Pré Definida (24h)

A manutenção da equipe médica completa conforme a escala pré-definida de 24 horas apresentou resultado de 100% em todas as competências, mantendo média quadrimestral de 100%. O indicador permaneceu integralmente de acordo com a meta estabelecida, sem registro de déficit na cobertura médica durante o período. Conclui-se que houve cumprimento pleno da escala médica, garantindo a disponibilidade da equipe conforme o planejamento institucional.

Indicador 02 a 09 - Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais

As coordenações médicas da Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, Ortopedia e UTI foram mantidas durante todo o quadrimestre. Cada unidade apresentou registro de um coordenador médico em maio, junho, julho e agosto, alcançando média de 100% de cumprimento em todos os indicadores. O resultado demonstra a manutenção regular das referências médicas responsáveis pela organização, acompanhamento e suporte técnico das respectivas áreas assistenciais. Conclui-se que as metas relacionadas às coordenações médicas foram integralmente cumpridas durante todo o período avaliado.

Indicador 10 - Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais

A presença do diretor técnico, com carga horária mínima de 20 horas semanais, foi registrada em 20 horas em maio, junho, julho e agosto, correspondendo ao cumprimento da carga horária prevista em cada competência. Entretanto, a média quadrimestral apresentada na tabela foi de 83,33%, resultado que não corresponde aos registros mensais informados, todos

equivalentes à meta de 20 horas semanais. Conclui-se que, com base nos dados mensais, a carga horária prevista foi cumprida integralmente

INDICADOR – INTERNAMENTO/SAÍDAS HOSPITALARES

Indicador 11 – Internamentos/Saídas Hospitalares

A meta estabelecida no contrato de gestão, que prevê a realização de no mínimo 439 (quatrocentos e trinta e nove) saídas hospitalares referentes a atendimentos de urgência e emergência, foi consistentemente superada em todos os meses analisados.

O desempenho mensal em relação à meta estabelecida foi:

Maio: foram registradas 415 saídas hospitalares, correspondendo a 94,53% da meta, com um déficit de 24 saídas em relação ao parâmetro estabelecido.

Junho: foram registradas 526 saídas hospitalares, correspondendo a 119,82% da meta, representando 19,82% acima da meta, com 87 saídas a mais que o parâmetro contratual.

Julho: foram registradas 521 saídas hospitalares, correspondendo a 118,68% da meta, representando 18,68% acima da meta, com 82 saídas a mais que o parâmetro estabelecido.

Agosto: foram registradas 518 saídas hospitalares, correspondendo a 117,77% da meta, representando 17,77% acima da meta, com 79 saídas a mais que o parâmetro contratual.

Durante o quadrimestre analisado, foram realizadas 1.980 saídas hospitalares, resultando em uma média mensal de aproximadamente 495 saídas. Dessa forma, apesar do resultado de maio ter ficado ligeiramente abaixo da meta estabelecida, o desempenho dos meses subsequentes demonstrou recuperação e manutenção de resultados acima do parâmetro contratual, evidenciando a capacidade da unidade em atender à demanda de urgência e emergência e cumprir satisfatoriamente a meta estabelecida.

Indicador 12 a 23 – Cirurgias eletivas Hospitalares,

- Cirurgia Geral: em maio, foram realizadas 12 de 20 cirurgias, correspondendo a 60% da meta. Em junho, foram 24 de 20, atingindo 120%. Em julho, foram realizadas 17 de 20, correspondendo a 85%. Dentro da meta estabelecida.
- Geral por vídeo: em maio, foram realizadas 6 de 10 cirurgias (60%); em junho, 12 de 10 (120%); e em julho, 10 de 10 (100%). Apresentou evolução consistente.
- Coloproctologia: em maio, foram realizadas 4 de 10 cirurgias (40%); em junho, 3 de 10 (30%); e em julho, 4 de 10 (40%). Apresentou evolução contínua.
- Cirurgia Pediátrica: em maio, foram realizadas 11 de 20 cirurgias (55%); em junho, 19 de 20 (95%); e em julho, 20 de 20 (100%). Apresentou evolução contínua.
- Cirurgia Ginecológica: em maio, foram realizadas 48 de 40 cirurgias (120%); em junho, 46 de 40 (115%); e em julho, 45 de 40 (112,5%). Apresentou desempenho alto e estável.
- Ginecológica por vídeo: em maio, foram realizadas 4 de 6 cirurgias (67%); em junho, 5 de 6 (83%); e em julho, 7 de 6 (116,7%). Apresentou melhora contínua.
- Vídeo – Endometriose: em maio, foram realizadas 5 de 4 cirurgias (125%); em junho, 8 de 4 (200%); e em julho, 4 de 4 (100%). Apresentou pico em junho.
- Ortopédica: em maio, foram realizadas 5 de 5 cirurgias (100%); em junho, 4 de 5 (80%); e em julho, 3 de 5 (60%). Apresentou queda progressiva.
- Laqueadura eletiva: em maio, foram realizadas 1 de 5 cirurgias (20%); em junho, 3 de 5 (60%); e em julho, 5 de 5 (100%). Apresentou recuperação expressiva.

- Laqueadura pós-parto: em maio, foram realizadas 4 de 5 cirurgias (80%); em junho, 6 de 5 (120%); e em julho, 1 de 5 (20%). Apresentou grande oscilação.
- Cirurgia Vascular: em maio, foram realizadas 4 de 20 cirurgias (20%); em junho, 13 de 20 (65%); e em julho, 20 de 20 (100%). Apresentou evolução significativa.

Indicador 27 a 30 – Cirurgias ambulatoriais eletivas,

As cirurgias ambulatoriais eletivas apresentaram produção de 70 procedimentos na primeira competência, 76 na segunda, 90 na terceira e 81 na quarta, com média quadrimestral informada na tabela de 81 cirurgias. O maior volume foi registrado na terceira competência, com 90 procedimentos, enquanto o menor ocorreu na primeira, com 70. Conclui-se que houve oscilação na produção ao longo do quadrimestre, com recuperação no período intermediário e manutenção de volume expressivo de cirurgias ambulatoriais eletivas.

Vasectomia

As vasectomias apresentaram produção de 5 procedimentos na primeira competência, 5 na segunda, 5 na terceira e 4 na quarta, com média quadrimestral de 5 procedimentos. Observa-se estabilidade da produção nas três primeiras competências, seguida de pequena redução na última. Conclui-se que o indicador manteve comportamento regular durante o quadrimestre, com discreta queda no último período, sem alteração significativa no padrão de oferta do procedimento.

Varizes — espuma

Os procedimentos para tratamento de varizes por espuma apresentaram 25 realizados na primeira competência, 41 na segunda, 47 na terceira e 45 na quarta, com média quadrimestral de 40 procedimentos. Houve aumento importante da produção a partir da segunda competência, atingindo o maior resultado na terceira, com 47 procedimentos, seguido de pequena redução na última competência. Conclui-se que o indicador apresentou evolução favorável

ao longo do quadrimestre, com ampliação e posterior manutenção da oferta dos procedimentos.

Cirurgias ambulatoriais

As demais cirurgias ambulatoriais registraram 40 procedimentos na primeira competência, 30 na segunda, 38 na terceira e 32 na quarta, com média quadrimestral de 35 procedimentos. O maior resultado ocorreu na primeira competência, enquanto o menor foi observado na segunda, seguido de recuperação parcial na terceira e nova redução na quarta. Conclui-se que a produção apresentou oscilação ao longo do período, sendo necessário acompanhar a regularidade da oferta e os fatores que influenciaram a redução observada nas competências posteriores.

Indicador – Consultas ambulatoriais eletivas,

As consultas ambulatoriais apresentaram produção total de 180 atendimentos em maio, 110 em junho, 134 em julho e 161 em agosto, com média quadrimestral de 146,25 consultas por mês. Observa-se redução no volume em junho, seguida de recuperação gradual nos meses de julho e agosto. No quadrimestre, foram realizadas 585 consultas, considerando os atendimentos de cardiologia para avaliação pré-sedação e os planos de parto. Conclui-se que houve retomada da produção após a redução observada em junho, embora o volume mensal tenha permanecido abaixo da referência total de 230 consultas.

Cardiologia — avaliação pré-sedação

As consultas de cardiologia para avaliação pré-sedação apresentaram 150 atendimentos em maio, 84 em junho, 97 em julho e 124 em agosto, com média quadrimestral de 113,75 consultas, arredondada na tabela para 114. A produção apresentou queda expressiva em junho, seguida de recuperação nos dois meses seguintes, embora não tenha retornado ao resultado de maio. Considerando a referência de 200 consultas, o volume permaneceu abaixo do parâmetro em todas as competências. Conclui-se que o indicador apresentou oscilação na

produção, com melhora no final do quadrimestre, mas ainda requer acompanhamento para ampliar e regularizar a oferta das avaliações pré-sedação.

Plano de parto

Os atendimentos relacionados ao plano de parto apresentaram 30 registros em maio, 26 em junho, 37 em julho e 37 em agosto, resultando em média quadrimestral de 32,5 atendimentos, apresentada na tabela como 33. O indicador atingiu a referência de 30 atendimentos em maio, apresentou pequena redução em junho e superou o parâmetro nos meses de julho e agosto. Conclui-se que houve desempenho satisfatório, com recuperação da produção e superação da referência nos dois últimos meses do quadrimestre, demonstrando ampliação da realização dos planos de parto.

INDICADOR 31 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – EXAMES ELETIVOS

O volume total cresceu 18% entre maio e julho. Julho foi o primeiro mês do trimestre a superar a meta global. O crescimento foi mais forte entre junho e julho, com 444 exames adicionais.

Mamografia: em maio foram realizados 295 exames, correspondendo a 98,33% da meta. Em junho foram realizados 334 exames, atingindo 111,33% da meta, e em julho foram realizados 360 exames, correspondendo a 120% da meta. Observa-se evolução positiva da produção ao longo do período, com desempenho acima da meta nos meses de junho e julho e redução do absenteísmo.



GESTÃO EM SAÚDE



Radiodiagnóstico: em maio foram realizados 1.748 exames, correspondendo a 87,4% da meta. Em junho, foram realizados 1.858 exames, atingindo 92,9% da meta. Em julho, houve aumento significativo, com 2.216 exames realizados, correspondendo a 110,8% da meta. Nota-se aumento do volume de atendimentos e evolução contínua do indicador.

Ultrassonografia: em maio foram realizados 692 exames, correspondendo a 86,5% da meta. Em junho foram realizados 655 exames, atingindo 81,88%, e em julho foram realizados 689 exames, correspondendo a 86,13%. O indicador permaneceu dentro da meta nos três meses analisados.

Mapeamento de endometriose: em maio foram realizados 7 exames, correspondendo a 70% da meta. Em junho, foram realizados 12 exames, atingindo 120%, e em julho, 11 exames, correspondendo a 110%. Observa-se recuperação significativa do indicador, com superação da meta nos meses de junho e julho.

Ecocardiograma adulto/infantil: em maio foram realizados 71 exames, correspondendo a 118,33% da meta. Em junho houve redução para 51 exames, atingindo 85% da meta. Em julho, foram realizados 64 exames, correspondendo a 106,67%. O indicador apresentou oscilação ao longo do período, com recuperação em julho.

Teste ergométrico: em maio não houve realização de exames. Em junho foram realizados 28 exames, correspondendo a 93,33% da meta. Em julho, houve aumento para 38 exames, atingindo 126,67% da meta. O indicador demonstra retomada da produção, com desempenho acima da meta em julho, embora tenha sido observado absenteísmo elevado.

Eletrocardiograma: em maio foram realizados 93 exames, correspondendo a 93% da meta. Em junho foram realizados 80 exames, atingindo 80%, e em julho foram realizados 94 exames, correspondendo a 94%. O indicador permaneceu dentro da meta, porém apresentou melhora em julho, acompanhada de redução do absenteísmo.

Biópsia de próstata: em maio foram realizados 5 exames, correspondendo a 100% da meta. Em junho, foram mantidos 5 exames, também atingindo 100%, e em julho foram realizados 6 exames, correspondendo a 120%. O indicador manteve-se estável e apresentou desempenho acima da meta em julho.

Endoscopia: em maio foram realizados 105 exames, correspondendo a 105% da meta. Em junho foram realizados 103 exames, atingindo 103%, e em julho houve redução para 96 exames, correspondendo a 96%. O indicador apresentou desempenho acima da meta nos três meses anteriores.

Colonoscopia/retossigmoidoscopia: em maio foram realizados 100 exames, correspondendo a 100% da meta. Em junho foram realizados 102 exames, atingindo 102%, e em julho foram realizados 95 exames, correspondendo a 95%. O indicador apresentou desempenho acima da meta nos três meses anteriores.

Ecocardiograma fetal: em maio não houve realização de exames. Em junho foram realizados 8 exames, correspondendo a 80% da meta, e em julho foram realizados 11 exames, atingindo 110%. Observa-se retomada da produção e superação da meta em julho.

6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados referentes ao quadrimestre de maio a agosto demonstra que a unidade apresentou evolução positiva no desempenho assistencial, operacional e administrativo, mantendo resultados satisfatórios na maioria dos indicadores avaliados. Observou-se a manutenção da estrutura médica e das coordenações assistenciais, a regularidade da cobertura das equipes, o cumprimento dos tempos de atendimento e a adequada organização dos fluxos hospitalares e de pronto atendimento.

Entre os principais resultados positivos, destacam-se classificação de risco, que alcançou média de 99,04%, acima da meta estabelecida; os tempos de espera dos pacientes classificados como azul, verde, amarelo e laranja, que permaneceram dentro dos parâmetros; e os tempos médios de permanência nos Prontos-Socorros Geral, Obstétrico e Infantil, todos significativamente inferiores

ao limite de 12 horas. Esses resultados demonstram agilidade no atendimento, organização dos fluxos internos e capacidade de condução dos pacientes de forma adequada e oportuna.

As médias de permanência hospitalar também permaneceram dentro dos limites estabelecidos para as unidades avaliadas. A Clínica Pediátrica, a Clínica Cirúrgica, a Ginecologia/Obstetrícia, a Clínica Médica, a UTI Adulto e a UTI Neonatal apresentaram resultados compatíveis com as respectivas metas. Embora tenham ocorrido oscilações pontuais na UCIN e na UTI Pediátrica, especialmente em julho e agosto, o desempenho quadrimestral permaneceu adequado, evidenciando controle geral do tempo de internação e adequada rotatividade dos leitos.

Na área de segurança do paciente e qualidade assistencial, a unidade apresentou resultados expressivos, com 100% de adesão ao protocolo de cirurgia segura, 100% de preenchimento completo dos prontuários, 100% de respostas às manifestações dos usuários e 100% de cumprimento no envio do censo hospitalar. Também foram alcançados resultados favoráveis nos índices de capacitação em Metas de Segurança do Paciente, com média de 79,56%, e de atualização profissional em práticas assistenciais, com média de 97,12%, ambos acima das metas estabelecidas.

Os indicadores relacionados às infecções hospitalares apresentaram, de maneira geral, desempenho satisfatório. A taxa global de infecção hospitalar permaneceu em 0,88%, abaixo do limite de 2%, enquanto os indicadores de pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso e infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas também permaneceram dentro dos parâmetros. A incidência de úlcera por pressão apresentou média de 0,49, igualmente dentro da meta. Esses resultados refletem a manutenção das práticas de prevenção e controle de infecções e o acompanhamento sistemático dos processos assistenciais.

Também se observou desempenho favorável nos processos de regulação e continuidade do cuidado. A disponibilização das primeiras consultas para a Central alcançou média de 119,57%, o envio do censo hospitalar atingiu 100% e as altas referenciadas para pacientes egressos, puérperas e recém-nascidos também alcançaram 100%. A taxa média de readmissão hospitalar em 30 dias foi de 9,70%, mantendo-se abaixo do limite de 20% descrito para o indicador.

Na produção assistencial, apesar das oscilações observadas em algumas consultas e cirurgias ambulatoriais, também foram identificados sinais de recuperação e avanço ao longo do quadrimestre. A produção de consultas apresentou redução em junho, seguida de retomada em julho e agosto. Os atendimentos relacionados ao plano de parto superaram a referência nos dois últimos meses, e os procedimentos de varizes por espuma apresentaram crescimento importante ao longo do período. Esses resultados demonstram a capacidade da unidade de reorganizar sua produção e recuperar gradualmente o volume de atendimentos e procedimentos.

Ainda permanecem aspectos a serem aprimorados, especialmente relacionados à proporção de partos vaginais, que apresentou média de 54,42%, abaixo da meta de 65%; à incidência de quedas, com média de 1,14, acima do limite de 1; à densidade de infecção do trato urinário associada a cateter, influenciada pelo resultado registrado em maio; à efetividade das Comissões e Comitês; e à produção de algumas consultas e cirurgias ambulatoriais, que permaneceu abaixo das referências estabelecidas. Também foram identificadas divergências pontuais entre os resultados mensais, as médias quadrimestrais e os parâmetros registrados em alguns indicadores, como atendimento de pacientes classificados como vermelho, carga horária do diretor técnico e taxa de readmissão hospitalar.

Esses resultados demonstram que, embora ainda existam pontos a serem aperfeiçoados, a unidade apresentou avanço no período avaliado, especialmente na organização dos fluxos, na manutenção da estrutura assistencial, na segurança do paciente, no controle dos tempos de atendimento

e na continuidade do cuidado. A unidade permanece trabalhando diariamente no aprimoramento dos processos, na organização dos fluxos assistenciais e administrativos, no acompanhamento dos indicadores e no fortalecimento das práticas que vêm contribuindo para os resultados alcançados.

Dessa forma, o desempenho do quadrimestre evidencia uma unidade comprometida com a melhoria contínua, que reconhece os desafios existentes, valoriza os avanços obtidos e segue atuando de forma permanente para qualificar a assistência, aperfeiçoar seus processos e manter um desempenho cada vez mais satisfatório.

Araucária – PR, 15 setembro de 2026.

Diretoria Geral

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Documento assinado digitalmente
 ISAAC PONCE BRAMBILLA
Data: 15/09/2026 15:32:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Diretoria Técnica

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Documento assinado digitalmente
 NOEMI GARCIA MORAES FERLA
Data: 15/09/2026 15:23:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 ANA LIZ MINTE DA SILVA
Data: 15/09/2026 16:40:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Gerência Assistencial

Hospital Municipal de Araucária – HMA

