



GESTÃO EM SAÚDE



RELATÓRIO DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Hospital Municipal de Araucária

Contrato de Gestão Nº 023-2026

COMPETÊNCIA MARÇO DE 2026

Araucária/ PR, 24 de abril de 2026.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. METAS QUALITATIVAS.....	3
3. METAS QUANTITATIVAS	124
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
5. ASSINATURAS.....	149

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem por objetivo apresentar e descrever as atividades assistenciais desenvolvidas no Hospital Municipal de Araucária (HMA), durante o mês de março/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.

2. METAS QUALITATIVAS

Durante o mês em análise, a performance atingiu **79,50** pontos de um total de 100 (cem) possíveis nos indicadores qualitativos do contrato, considerando os pesos atribuídos a cada indicador conforme previsto contratualmente.

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 mês em análise. Na sequência, são exibidos os gráficos de desempenho por indicador, acompanhados das análises e discussões correspondentes.

Tabela 1: Metas Qualitativas com memória de cálculo

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
1	Taxa ocupação Pediátrica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	178/310 x 100	57,40%	0
2	Taxa de ocupação da Cirurgia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	325/403 x 100	80,60%	2
3	Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	1702/2420 x 100	70,30%	0
4	Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	401/496 x 100	80,8%	2
5	Taxa de ocupação do UCIN	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	50/91 x 100	54,90%	0
6	Taxa de ocupação Internação Clínica Médica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	483/682 x 100	70,80%	0
7	Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	220/250 x 100	88,00%	2
8	Taxa de ocupação da UTI Pediátrica	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	41/93 x 100	44,10%	0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
9	Taxa de ocupação da Unidade Neonatal	$\geq 85\%$	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	114/155 x 100	73,50%	0
10	Manter a Média de Permanência da Pediatria	≤ 04 dias	2	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	178/80	2,2	2
11	Manter a Média de Permanência da Cirurgia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	325/181	1,8	3
12	Manter a Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	401/188	2,01	3
13	Manter a Média de Permanência da UCIN	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	50/8	6,3	0
14	Manter a Média de Permanência da Clínica Médica	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	483/146	3,3	3
15	Manter a Média de Permanência da UTI Adulto	≤ 7 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	80/86	0,9	4
16	Manter a Média de Permanência da UTI	≤ 10 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica x 100	41/8	5,1	4



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Pediátrica ≤ 10 dias						
17	Manter a Média de Permanência na Unidade Neonatal	≤ 14 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica x 100	114/15	7,6	4
18	Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados	$\leq 4\%$	2	Nº de cirurgias realizadas no dia/Nº de cirurgias programadas no mapa cirúrgico do dia anterior) x 100	2/168 x 100	1,2%	2
19	Proporção de partos vaginais	$\geq 65\%$	1,5	Total de partos vaginais/total de partos realizados) x 100	46/123 x 100	37,40%	0
20	Taxa de Mortalidade Não Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos após 24h e/ou internação / total saídas) x 100	4/609 x 100	0,66%	0,5
21	Taxa de Mortalidade Institucional	Análise crítica das informações e	0,5	Nº de óbitos após 24h e/ou Internação / total saídas) x 100	4/609 x 100	0,66%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
		apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos					
22	Taxa de Mortalidade Materna/Infantil Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos maternos ocorridos em estabelecimentos de saúde / total saídas) x 100	$0/185 \times 100$	0,00%	0,5
23	Taxa de Mortalidade Cirúrgica	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos até sete dias após procedimento cirúrgico/Nº cirurgias realizadas) x 100	$1/225 \times 100$	0,00%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
24	Taxa de acolhimento com classificação de risco por Enfermeiro aos usuários atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico	$\geq 98\%$	0,5	Nº total de pacientes classificados / Nº total de pacientes atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico. X 100	$11493/11581 \times 100$	99,24%	0,5
25	Tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco	≤ 8 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera para classificação de Risco de todos os pacientes / Nº total de pacientes atendidos)	11581/23:01:22	00:03:44	0,5
26	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico - Risco Azul/Não Urgente	≤ 240 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes não urgente/Nº total de pacientes Não Urgentes não atendidos	769/12:17:40	00:15:56	0,5
27	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Verde/ Pouco Urgente	≤ 120 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Pouco Urgente/Nº total de pacientes Pouco Urgente não atendidos	8392/09:24:22	00:15:51	0,5
28	Tempo Médio de Espera para	≤ 60 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Urgentes/Nº	1845/16:09:26	00:37:13	0,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Atendimento Médico - Risco Amarelo/Urgente			total de pacientes Urgentes não atendidos.			
29	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Laranja/ Muito Urgente	≤ 10 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Muito Urgente /Nº total de pacientes Muito Urgente não atendidos	480/08:08:00	00:08:00	0,5
30	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Vermelho/ Emergência	Imediato	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Emergência /Nº total de pacientes Emergência não atendidos.	00:00 / 00:00	00:00:00	0,5
31	Tempo médio permanência no PS Geral < 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	-	03:30:00	1,5
32	Tempo médio permanência no PS Obstétrico 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	-	02:09:00	1,5
33	Tempo médio permanência no PA Infantil 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	-	04:27:00	1,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
34	Taxa Global de Infecção Hospitalar	$\leq 2\%$	2	(Nº de infecções hospitalares / total saídas) x 100	4/609x100	0,66%	2
35	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM)	≤ 10	2	(Nº de pacientes com pneumonia associada à VM / VM dia) x 1.000	1/48x1000	6,76	2
36	Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV)	≤ 1	2	(Nº de pacientes com ITU associada à CV / CV dia) x 1.000.	1/263x1000	3,80	0
37	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC)	≤ 10	2	(Nº de pacientes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC/CVC dia) x 1.000	0/164 x 1000	0,00	2
38	Incidência de infecção do sítio	≤ 1	2	(Nº de ISC em cirurgias limpas/Nº de cirurgias limpas realizadas) x 100	1/232	0,43%	2



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas						
39	Incidência de quedas de pacientes internados	≤ 1	2	(Nº de quedas / Nº de pacientes dia) x 1000.	0/1702	0,00%	2
40	Incidência de Lesões de Pele (LP) em pacientes internados	≤ 5	2	(Nº de casos novos de pacientes com LP/ Nº total de pacientes internados no período) x 100	1/1702	0,06	2
41	Apresentar taxa de cumprimento do Checklist de Cirurgia Segura do protocolo de cirurgia segura	Cumprido = 1,00 Não Cumprido=0,0	1	(Nº de checklists de cirurgia segura preenchidos corretamente / Nº total de cirurgias realizadas) x 100.	319/322x100	99,07%	0
42	Disponibilizar 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital	100%	1	(Total de SADT eletivo disponibilizado no Sistema de informação/ Meta pactuada para SADT eletivo) x 100.	4493/3515 x 100	127,82%	1



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
43	Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital	100%	1	(Total de primeiras consultas disponibilizadas no Sistema de Informação/ Meta pactuada para primeiras consultas) x 100.	$280/230 \times 100$	121,74 %	1
44	Realizar 100% das confirmações de presença e faltados pacientes eletivos agendados no Sistema de Informação utilizado pela SMSA.	100%	1	(Total de confirmações de presença e falta realizadas no Sistema de informação da SMSA/ Total de agendamentos) x100.	$2906/3507 \times 100$	82,86%	0
45	Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência.	Cumprido = 1,00 Não Cumprido = 0,0	1	Nº de atualizações diárias do censo da UTI. Relatório do NIR e planilha Compartilhada entre DUE, Comissão de Fiscalização, NAS e NIR do HMA.	4	100,00%	1
46	Realizar altas referenciadas com agendamento de no	$\geq 70\%$	1	(Total de agendamentos de alta referenciada realizados /Total de saídas hospitalares) x 100	$576/576 \times 100$	100,00%	1



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	mínimo, 70% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde						
47	Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% (cem por cento) das puérperas e dos recém-nascidos (RN) egressos nas Unidades de Saúde	100%	1,5	(Total de agendamentos de puérperas e RN de alta referenciada realizados / Total de saídas hospitalares) x 100.	169/169 x 100	100,00%	1,5
48	Percentual de reinternações em até 30 dias inferior a 20%.	≤ 20%	1,5	(Nº de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Nº total de internações hospitalares) x 100	39/623 x 100	6,26%	1,5
49	Garantir 100% de aprovação das AIH's apresentadas, referentes aos internamentos no mês subsequente à ocorrência.	100%	1,5	(AIH's aprovadas/ AIH's apresentadas) x 100.	620/620 x 100	100,00%	1,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
50	Respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo	$\geq 80\%$	1	Total respostas dadas aos usuários no prazo/Total de Manifestações ocorridas no mês) x 100	$10/10 \times 100$	100,00%	1
51	Garantir a efetividade do Comitê de Avaliação de Prontuário do Paciente em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
52	Garantir a efetividade da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
53	Garantir a efetividade do Comitê de Avaliação e Revisão de Óbitos geral/ materno, fetal e neonatal em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
54	Garantir a efetividade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
55	Garantir a efetividade da Comissão de Ética Médica e de Enfermagem em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Não Atende	Não Atende	0
56	Garantir a efetividade da Comissão de padronização de medicação e novas	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos	Atende	Atende	1



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Tecnologias em conformidade com a Legislação vigente			Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.			
57	Garantir a efetividade da Comissão de cuidados paliativos em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
58	Garantir a efetividade do Comitê transfusional em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
59	Garantir a efetividade da Comissão de proteção radiológica em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
60	Garantir a efetividade da Comissão de humanização em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
61	Garantir a efetividade Núcleo Interno de Regulação/ Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
62	Garantir a efetividade do Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
63	Garantir a efetividade do Núcleo de Educação Permanente em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
64	Garantir a efetividade do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	conformidade com a Legislação vigente						
65	Garantir a efetividade do Serviço de Atendimento ao Usuário em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	Atende	1
66	Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria Profissional	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Auditoria analítica, de 10 prontuários de Clínicas: Médica, Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica e UTI adulto e Neonatal. Serão analisados os Registros: Rotineiro; Plantonista; exames laboratoriais, de imagem e evolução; de Intercorrências; de conduta / plano.	Atende	Atende	1
67	Manter Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente	≥75%	1	(Nº de Funcionários Capacitados em Metas de Segurança / Nº Total de Funcionários) x 100	363/453 x 100	80,13%	1
68	Manter índice de Atualização	60%	1	(Nº de Funcionários Capacitados	528/453 x 100	72,41%	1



GESTÃO EM SAÚDE



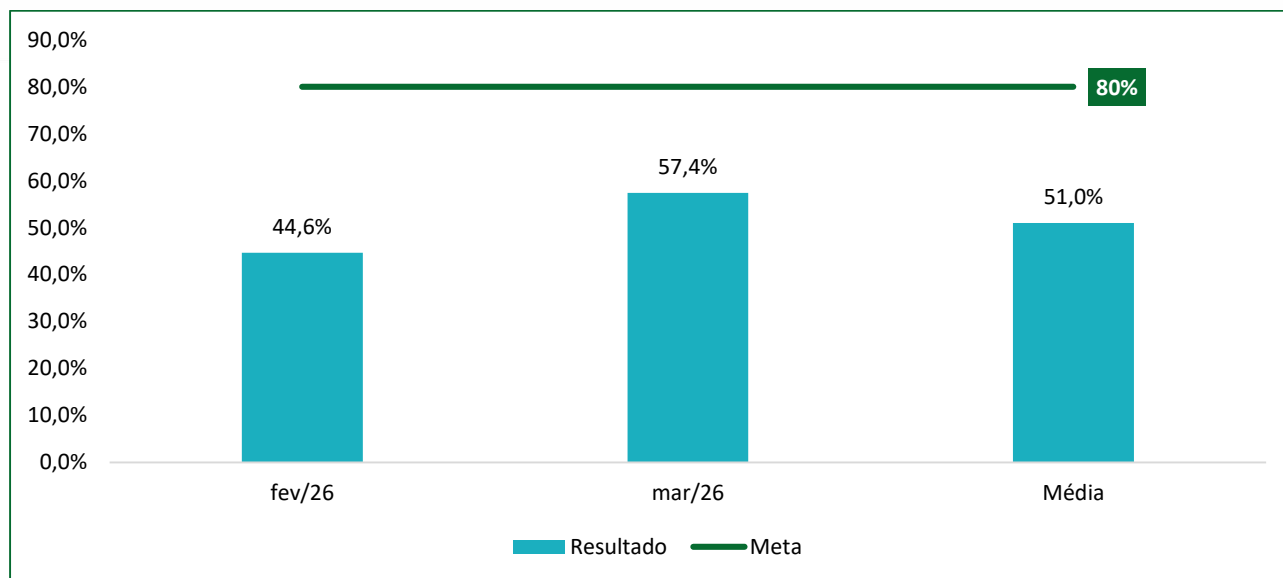
Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%			/ N° Total de Funcionários) x 100			
TOTAL			100	RESULTADO			79,5

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026).

Gráfico 1: Taxa de Ocupação da Clínica Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de março de 2026, a Enfermaria Pediátrica do Hospital Municipal de Araucária apresentou uma taxa média de ocupação de 57,4%, considerando a capacidade instalada de 10 leitos operacionais. O resultado permanece abaixo da meta institucional mínima de 80%, caracterizando não conformidade no período analisado, ainda que represente melhora em relação ao mês anterior.

Em análise comparativa, o mês de fevereiro de 2026 registrou taxa de ocupação de 44,64%, evidenciando uma tendência de elevação no mês atual. Esse crescimento demonstra avanço na utilização da capacidade instalada e maior absorção da demanda assistencial, embora ainda insuficiente para o atingimento da meta estabelecida.

A análise dos fatores que contribuíram para o não atingimento da meta em março está diretamente relacionada ao perfil epidemiológico e assistencial da pediatria. Observa-se que, mesmo com aumento da ocupação, o período ainda sofre influência de sazonalidade, com menor incidência de doenças respiratórias graves principal causa de internação pediátrica impactando diretamente o volume de admissões. Além disso, a dependência do fluxo proveniente do Pronto Atendimento Infantil limita a ocupação conforme a demanda espontânea e o perfil clínico dos pacientes atendidos.

Outro fator relevante é a manutenção de internações de curta permanência, muitas inferiores a 12 horas, que não geram contabilização de dia-leito conforme metodologia de cálculo do indicador, produzindo subestimação da taxa de ocupação real, lembrando que é possível faturar AIH com 12 horas de internamento. Soma-se

a isso a ocorrência de ajustes internos de leito por critérios assistenciais e de biossegurança, que podem impactar o registro adequado da ocupação no sistema.

Adicionalmente, destaca-se que anteriormente era realizado o aceite de pacientes por meio da Central de Leitos Municipal, prática que se mostra conceitualmente inadequada ao perfil assistencial do P.A.I., considerando que a unidade se caracteriza como serviço de pronto atendimento primário, e não como referência de média ou alta complexidade (secundária/terciária).

Como ponto positivo, destaca-se a evolução do indicador em relação ao mês anterior, demonstrando maior eficiência na regulação de leitos e atuação integrada com o Núcleo Interno de Regulação. A equipe mantém organização assistencial adequada, garantindo qualidade e segurança no atendimento prestado, mesmo com menor taxa de ocupação.

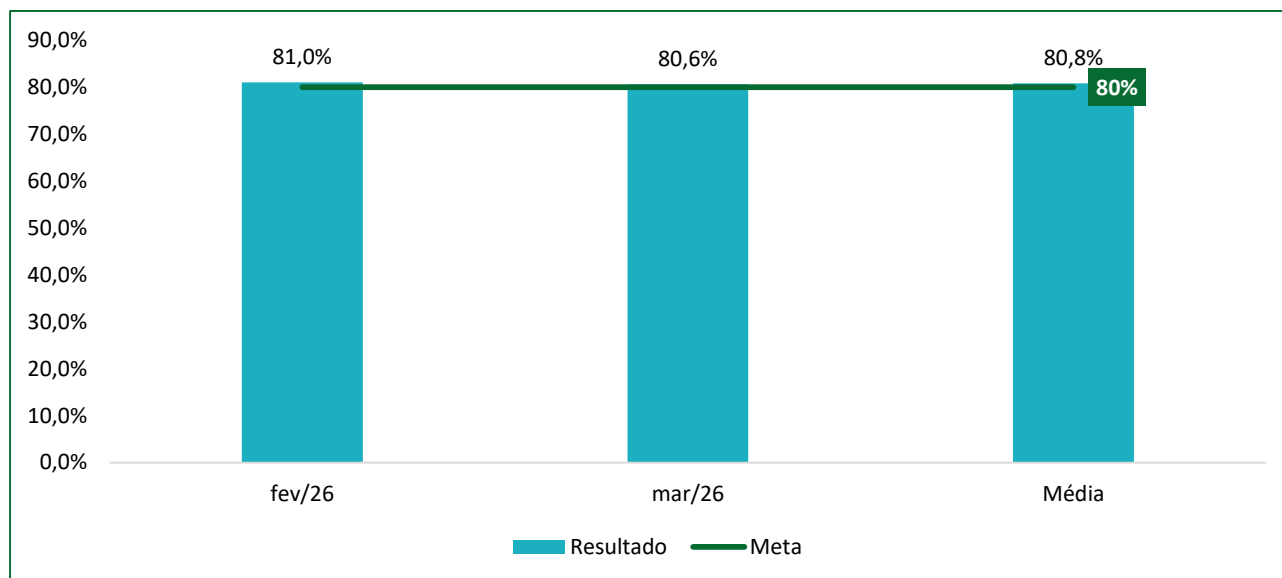
Dessa forma, conclui-se que o não atingimento da meta no mês de março está associado principalmente a fatores sazonais, metodológicos e ao perfil assistencial da unidade, não configurando falha de gestão, mas sim uma limitação relacionada à demanda e às características epidemiológicas do período. Não obstante, evidencia-se no sistema Tasy que a média de permanência dos pacientes é, em grande parte, inferior a 24 horas, o que faz com que esses atendimentos não sejam contabilizados para fins de cálculo da taxa de ocupação, prejudicando a fidedignidade desse indicador.

Plano de Ação

Com o objetivo de aprimorar o monitoramento e a otimização da taxa de ocupação da Enfermaria Pediátrica, será implementado um plano de ação, contemplando estratégias assistenciais, operacionais e gerenciais. A ação tem como propósito principal fortalecer o acompanhamento dos registros assistenciais, qualificar a gestão de leitos e ampliar a resolutividade da unidade dentro do perfil assistencial institucional. Será implementada rotina de monitoramento contínuo da taxa de ocupação, com qualificação dos registros no sistema Tasy e fortalecimento da articulação com a regulação municipal, visando corrigir inconsistências identificadas, especialmente a não contabilização de internações com permanência inferior a 24 horas e falhas no aproveitamento de leitos disponíveis. Tal ação justifica-se pela taxa de ocupação de 57,4% no mês de março, significativamente abaixo da meta institucional de 80%, resultado influenciado por fatores sazonais, perfil epidemiológico, limitações no fluxo de admissões e registros assistenciais que não refletem integralmente a utilização real da enfermaria. Será, ainda, realizado alinhamento junto à equipe de Tecnologia da Informação para identificar a causa

técnica pela qual pacientes internados por até 24 horas não estão sendo contemplados no cálculo da taxa de ocupação e promover os ajustes necessários na parametrização do sistema.

Gráfico 2: Taxa de ocupação da clínica cirúrgica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A Enfermaria Cirúrgica do Hospital Municipal de Araucária, no mês de março de 2026, apresentou taxa média de ocupação de 80,6%, atingindo a meta institucional estabelecida de $\geq 80\%$, o que demonstra adequada utilização da capacidade instalada da unidade. No período analisado, a enfermaria contou com 13 leitos disponíveis, média de 6,19 leitos ocupados por dia, totalizando 192 internações, com tempo médio de permanência de 1,80 dias. Observa-se que, mesmo com a redução do tempo de permanência, a unidade manteve a taxa de ocupação dentro do esperado, evidenciando eficiência no giro de leitos e na condução do fluxo assistencial.

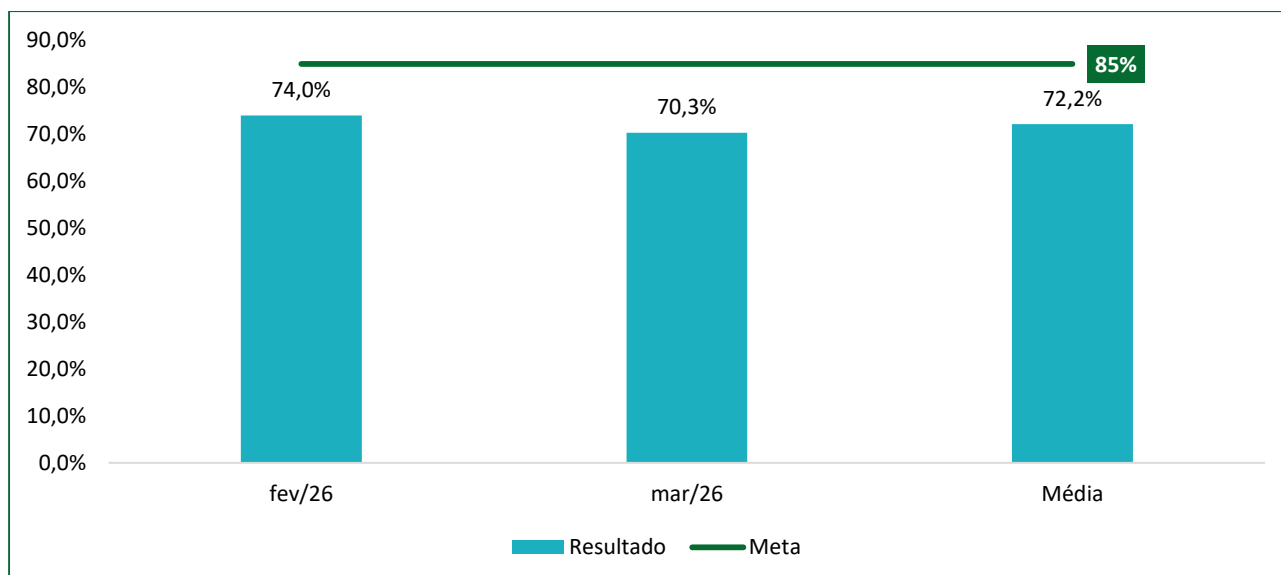
Em comparação ao mês anterior, nota-se uma discreta redução de 0,39 pontos percentuais na taxa de ocupação (de 81,04% para 80,65%), ao mesmo tempo em que houve aumento no número de internações (de 163 para 192) e redução do tempo médio de permanência (de 1,89 para 1,80 dias). Apesar do maior volume de pacientes internados, não houve aumento proporcional na taxa de ocupação, o que pode ser explicado pela alta rotatividade de pacientes com permanência inferior a 48 horas, impactando diretamente o cálculo do indicador. Além disso, as frequentes movimentações de leitos e a presença de pacientes provenientes da Clínica Médica internados na enfermaria cirúrgica interferem na avaliação fidedigna da taxa de

ocupação específica da unidade, indicando a necessidade de monitoramento contínuo do perfil assistencial.

Como pontos positivos, destacam-se a melhoria na organização do fluxo cirúrgico, a otimização da gestão de leitos, a maior eficiência nas altas hospitalares, a integração entre a enfermagem e o centro cirúrgico, bem como a priorização de internações com indicação cirúrgica bem definida. Para a manutenção dos resultados alcançados, foram adotadas estratégias como o monitoramento diário da taxa de ocupação, ajustes dinâmicos no fluxo de admissões, comunicação ativa entre as equipes, planejamento prévio das cirurgias eletivas e gestão proativa das altas hospitalares.

Dessa forma, conclui-se que a Enfermagem Cirúrgica apresentou desempenho satisfatório no período analisado, mantendo-se acima da meta institucional, mesmo diante do aumento do número de internações e da redução do tempo médio de permanência. Os resultados refletem uma gestão eficiente de leitos e um fluxo assistencial bem estruturado. Recomenda-se a continuidade das estratégias adotadas, com ênfase no aprimoramento da alocação de pacientes e no acompanhamento sistemático dos indicadores, a fim de garantir a sustentabilidade dos resultados e maior precisão na análise da taxa de ocupação.

Gráfico 3: Taxa de Ocupação da Internação Geral



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A taxa de ocupação geral da unidade no mês de março foi de 70,73%, posicionando-se abaixo da meta contratual estabelecida de 85%, caracterizando não conformidade do indicador no período analisado. Em comparação ao mês anterior,

observa-se redução do desempenho, evidenciando tendência de oscilação negativa na utilização da capacidade instalada.

A análise estratificada dos setores assistenciais demonstra que o não atingimento da meta está relacionado, principalmente, a fatores estruturais, epidemiológicos e operacionais, e não necessariamente à ociosidade assistencial. Na Enfermaria Pediátrica, a taxa de ocupação de 57,4% reflete diretamente a sazonalidade do período, com menor incidência de doenças respiratórias graves, principal causa de internação pediátrica, além da dependência da demanda espontânea oriunda do Pronto Atendimento Infantil, que são integralmente computadas como paciente-dia, gerando subestimação do indicador, reafirmando novamente a necessidade de confirmação de AIH gerada, em pacientes com 12 horas de internação.

Na Clínica Obstétrica, embora a taxa inicialmente apurada tenha sido de 76,09%, a reanálise considerando a totalidade dos leitos ativos demonstra ocupação de 80,85%, evidenciando desempenho compatível com a capacidade instalada. Destaca-se que o perfil assistencial da unidade, caracterizado por internações de curta duração, alta hospitalar precoce e elevada rotatividade de leitos, impacta diretamente na taxa de ocupação, sem configurar, necessariamente, subutilização do serviço.

Na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, a taxa de ocupação de 54,9% representa queda expressiva em relação ao mês anterior, sendo influenciada principalmente pela variabilidade da demanda neonatal, com redução de nascimentos de risco e, conseqüentemente, menor necessidade de internação. Trata-se de um indicador altamente sensível a fatores externos e não controláveis, como condições maternas e intercorrências perinatais.

De forma semelhante, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal apresentou taxa de ocupação de 73,5%, também abaixo da meta estabelecida de 85%, mantendo padrão de oscilação diretamente relacionado ao perfil de gravidade dos recém-nascidos e ao volume de nascimentos no período.

Adicionalmente, ressalta-se que intervenções estruturais realizadas na unidade, em especial a reforma do telhado, impactaram temporariamente a disposição e operacionalização dos leitos da UTI Neonatal, contribuindo para a redução da capacidade instalada no período analisado.

Apesar do não atingimento da meta, a unidade manteve capacidade operacional adequada, com garantia de assistência segura e disponibilidade de

leitos para atendimento oportuno, dentro das limitações estruturais momentaneamente impostas.

Na Enfermaria de Clínica Médica, a taxa de ocupação de 70,8% demonstra manutenção de fluxo assistencial ativo, ainda que abaixo do parâmetro esperado. Ressalta-se, contudo, a implementação de ações estruturantes importantes, como recomposição da escala médica, fortalecimento da discussão clínica interdisciplinar, atuação em comissões institucionais e qualificação dos processos assistenciais, que contribuem para a melhoria progressiva da gestão de leitos e da resolutividade clínica.

De forma geral, verifica-se que o não atingimento da meta de ocupação está diretamente relacionado à combinação de fatores como sazonalidade epidemiológica, perfil assistencial com predominância de internações de curta permanência, variabilidade da demanda neonatal e dependência de fluxos externos de admissão. Outrossim, aspectos metodológicos relacionados ao cálculo do indicador, especialmente no que tange à não contabilização integral das permanências inferiores a 24 horas, podem contribuir para a subestimação da taxa real de ocupação. Nesse sentido, faz-se necessária a avaliação quanto à adequada geração de AIHs de curta permanência (até 12 horas), uma vez que a análise isolada da taxa de ocupação não retrata, com fidedignidade, a resolutividade assistencial da instituição.

Adicionalmente, tem-se identificado no sistema Tasy a não contemplação de pacientes internados por período inferior a 24 horas, o que interfere diretamente no cálculo da taxa de ocupação, subdimensionando o indicador. Observa-se, ainda, a necessidade de alinhamento quanto ao entendimento do uso dos leitos de enfermaria, uma vez que, anteriormente, diversos pacientes permaneciam internados no pronto atendimento sob a justificativa de ausência de leitos para clínica médica e disponibilidade apenas em enfermaria cirúrgica. A partir da redefinição de que a enfermaria clínica e cirúrgica constitui um único conjunto de leitos, passou-se a internar esses pacientes diretamente na enfermaria, em vez de mantê-los no pronto atendimento. Essa alteração assistencial e operacional, contudo, ainda não é plenamente reconhecida pelo sistema, o que pode resultar em distorções no registro e na distribuição da taxa de ocupação entre os setores, mesmo mantendo-se a enfermaria com taxa de ocupação elevada.

Complementarmente, observa-se que parcela significativa das AIHs geradas no período é proveniente da Clínica Médica, perfil este associado a maior rotatividade de leitos. Tal característica reforça a limitação da análise baseada exclusivamente na taxa de ocupação, sendo imprescindível sua interpretação de forma integrada a outros indicadores assistenciais, que evidenciem a dinâmica de giro de leitos e a efetividade do atendimento hospitalar.

Dessa forma, conclui-se que, embora o indicador global permaneça abaixo da meta estabelecida, não há evidências de desassistência ou ociosidade estrutural relevante, mas sim de um cenário influenciado por características intrínsecas ao perfil assistencial da unidade e por limitações metodológicas do sistema de informação atualmente utilizado. Reforça-se a importância do alinhamento contínuo com o Núcleo Interno de Regulação, do monitoramento dos fluxos de entrada, da otimização da gestão de leitos e do aprimoramento dos critérios de mensuração, visando maior acurácia do indicador, correção das distorções identificadas no Tasy e melhor aproveitamento da capacidade instalada.

Plano de Ação

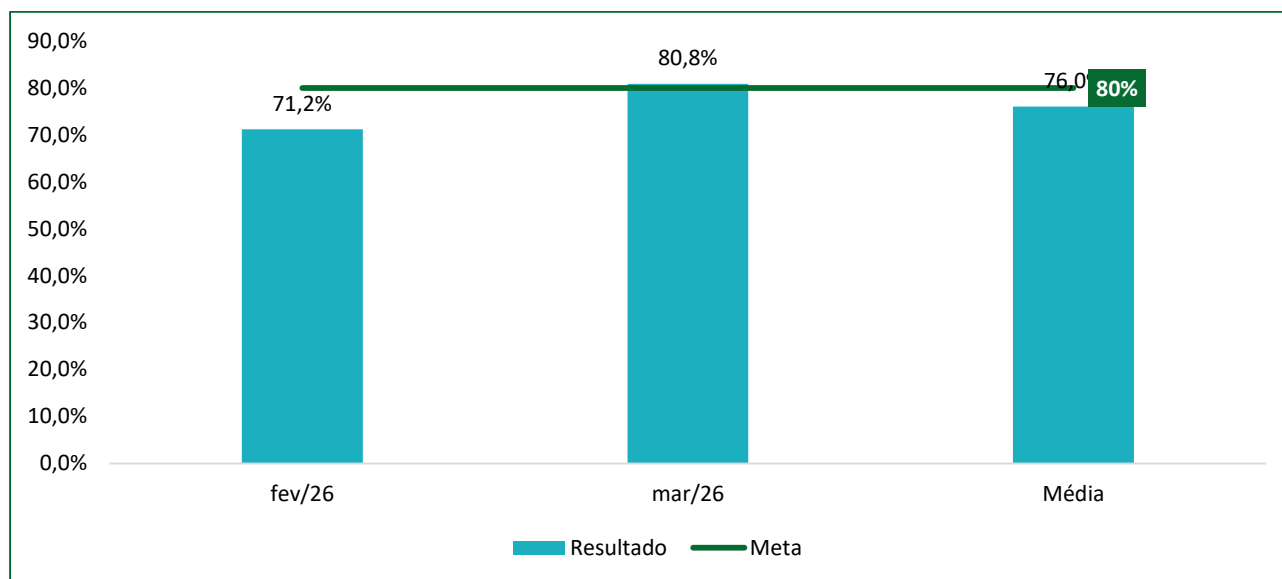
Será implementada rotina de monitoramento contínuo da taxa de ocupação, com qualificação dos registros no sistema Tasy e fortalecimento da articulação com a regulação municipal, visando corrigir inconsistências identificadas, especialmente a não contabilização de internações com permanência inferior a 24 horas e falhas no aproveitamento de leitos disponíveis. Tal ação justifica-se pela discrepância entre a taxa de ocupação apurada e a utilização real da capacidade instalada, influenciada, entre outros fatores, por limitações metodológicas do sistema de informação. Será, ainda, realizado alinhamento junto à equipe de Tecnologia da Informação para identificar a causa técnica pela qual pacientes internados por até 24 horas não estão sendo contemplados no cálculo da taxa de ocupação e promover os ajustes necessários na parametrização do sistema, averiguando, junto ao responsável técnico pelo Tasy, a viabilidade de implementação das correções propostas.

Além disso, será reforçado o alinhamento quanto ao entendimento e ao uso dos leitos de enfermaria, considerando que a enfermaria clínica e cirúrgica passou a ser reconhecida como um único conjunto de leitos, com internação direta dos pacientes elegíveis na enfermaria em vez de permanência no pronto atendimento. Essa alteração assistencial e operacional será formalizada em protocolo interno e acompanhada por capacitação das equipes, bem como por monitoramento específico do impacto dessa mudança na distribuição e no registro da taxa de ocupação entre os setores, de modo a assegurar maior acurácia do indicador e melhor aproveitamento da capacidade instalada.

No âmbito da pediatria e das unidades neonatais, será mantido o acompanhamento contínuo do perfil epidemiológico, com monitoramento da sazonalidade e alinhamento com a regulação para melhor previsibilidade da demanda, especialmente em períodos de menor incidência de agravos respiratórios. Para a Clínica Obstétrica, será reforçada a análise dos critérios de mensuração da taxa de ocupação, considerando o impacto das internações de curta permanência e da alta rotatividade, com vistas a garantir maior fidedignidade na interpretação do indicador.

Adicionalmente, serão revisados os processos internos relacionados à gestão de leitos, incluindo critérios de bloqueio, higienização e liberação, com o objetivo de reduzir tempos ociosos e garantir maior eficiência operacional. Também será mantido o investimento em ações assistenciais estruturantes, como qualificação da equipe multiprofissional, fortalecimento das discussões clínicas e atuação das comissões institucionais, contribuindo para maior resolutividade e giro de leitos.

Gráfico 4: Taxa de Ocupação da Ginecologia/Obstetrícia



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A Clínica Obstétrica da unidade hospitalar, composta por 16 leitos ativos, apresentou no período de mês produção assistencial relevante e compatível com seu perfil de atendimento. No período analisado, foram registrados 197 pacientes internados, totalizando 401 pacientes-dia e 188 saídas, com média de permanência de 2,13 dias. A taxa de ocupação apurada foi de 76,09%, sendo recalculada em 80,8% ao se considerar adequadamente a totalidade dos leitos ativos. No que se refere à produção obstétrica, foram realizados 46 partos normais, 72 cesarianas e 5 cesarianas com laqueadura tubária, totalizando 123 partos, o que evidencia volume assistencial expressivo e coerente com a capacidade instalada da unidade.

Em comparação ao mês de fevereiro de 2026, quando a taxa de ocupação foi de 71,22%, observa-se evolução positiva do indicador no mês de março, demonstrando uma trajetória de crescimento e melhoria na utilização dos leitos, ainda que o resultado inicial se apresente discretamente abaixo do parâmetro institucional de referência superior a 80%. No entanto, essa análise deve considerar as especificidades da assistência obstétrica, caracterizada por internações de curta duração, alta hospitalar precoce e elevada rotatividade de leitos.

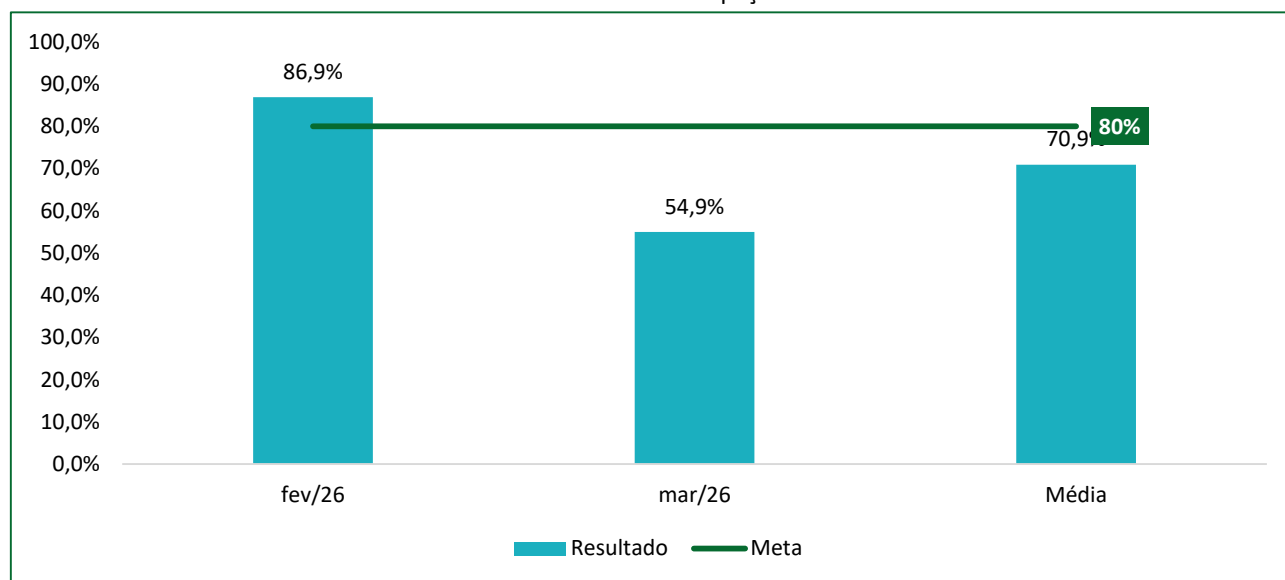
A taxa de ocupação observada está diretamente relacionada ao perfil assistencial da unidade, no qual predominam casos com permanência reduzida, especialmente em puérperas sem intercorrências, além de atendimentos para observação clínica e situações de abortamento, que demandam menor tempo de internação. A média de permanência de 2,13 dias encontra-se alinhada às boas práticas assistenciais, contribuindo para a rotatividade eficiente dos leitos e impactando diretamente na taxa de ocupação. Dessa forma, mesmo com percentual inferior à meta institucional em sua análise inicial, não há evidências de subutilização da estrutura.

A gestão da ocupação dos leitos é realizada por meio de monitoramento diário da disponibilidade, regulação das admissões conforme critérios assistenciais, aplicação de protocolos de alta precoce segura e acompanhamento contínuo do perfil das pacientes atendidas. Participam diretamente desse processo a coordenação médica da Clínica Obstétrica, a equipe multiprofissional, o Núcleo Interno de Regulação e a Central de Leitos Municipal, garantindo fluxo assistencial adequado entre admissões e altas.

Considerando o recálculo da taxa de ocupação para 80,85%, observa-se que o indicador atinge patamar compatível com o recomendado, evidenciando equilíbrio entre eficiência operacional, rotatividade de leitos e segurança materno-fetal, além de preservar a capacidade da unidade em absorver novas demandas assistenciais. O desempenho observado no período reflete adequada utilização da capacidade instalada, com manutenção da qualidade do cuidado prestado.

Dessa forma, conclui-se que os resultados apresentados são compatíveis com o perfil da unidade obstétrica, evidenciando eficiência na gestão de leitos e produção assistencial consistente. Recomenda-se a continuidade do monitoramento mensal da taxa de ocupação e da média de permanência, bem como a análise integrada com o volume de partos e admissões obstétricas, além da realização de discussões periódicas em reuniões assistenciais, considerando também possíveis variações sazonais do perfil de atendimento.

Gráfico 5: Taxa de Ocupação UCIN



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de março de 2026, a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais apresentou taxa de ocupação de 54,9%, posicionando-se abaixo da meta institucional estabelecida de $\geq 80\%$, caracterizando não conformidade no período analisado. O resultado demonstra redução na utilização da capacidade instalada da unidade, refletindo diretamente a variação da demanda assistencial neonatal e o perfil epidemiológico dos nascimentos no período.

Em análise comparativa, observa-se que no mês de fevereiro de 2026 a unidade registrou 86,90% de taxa de ocupação, com um total de 9 internações, resultado que representou conformidade com a meta e expressivo aumento em relação a janeiro (37,64%). Ao comparar fevereiro com março, identifica-se uma redução significativa de 33,14 pontos percentuais, evidenciando uma mudança importante no cenário assistencial. Enquanto fevereiro demonstrou alta demanda e plena utilização da capacidade instalada, março apresentou comportamento oposto, com redução considerável na ocupação dos leitos neonatais.

A análise dos fatores que contribuíram para o não atingimento da meta em março indica, principalmente, a influência do perfil epidemiológico e da variabilidade natural da demanda neonatal, com possível redução no número de nascimentos de risco e, conseqüentemente, menor necessidade de internações em unidade

intermediária. Além disso, a menor captação de recém-nascidos com indicação de cuidados intermediários, associada à oscilação no volume de partos de alto risco na rede, impactou diretamente o indicador. Ressalta-se que, diferentemente de outros setores, a taxa de ocupação neonatal é altamente dependente de fatores externos e não controláveis, como condições maternas e intercorrências perinatais. Ainda assim, é importante considerar a manutenção do alinhamento com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e o acompanhamento das gestantes de risco como estratégias fundamentais para melhor previsibilidade da demanda.

Dessa forma, conclui-se que o resultado de março, embora abaixo da meta institucional, está relacionado predominantemente a fatores sazonais, ao perfil assistencial do período e a fatores estruturais pontuais, não evidenciando fragilidade nos processos internos da unidade.

Destaca-se, adicionalmente, que no referido mês ocorreu a reforma do telhado, contemplando áreas da UTI Neonatal e da UCIN, o que impactou temporariamente a gestão e a disponibilidade de leitos, influenciando diretamente no indicador de taxa de ocupação.

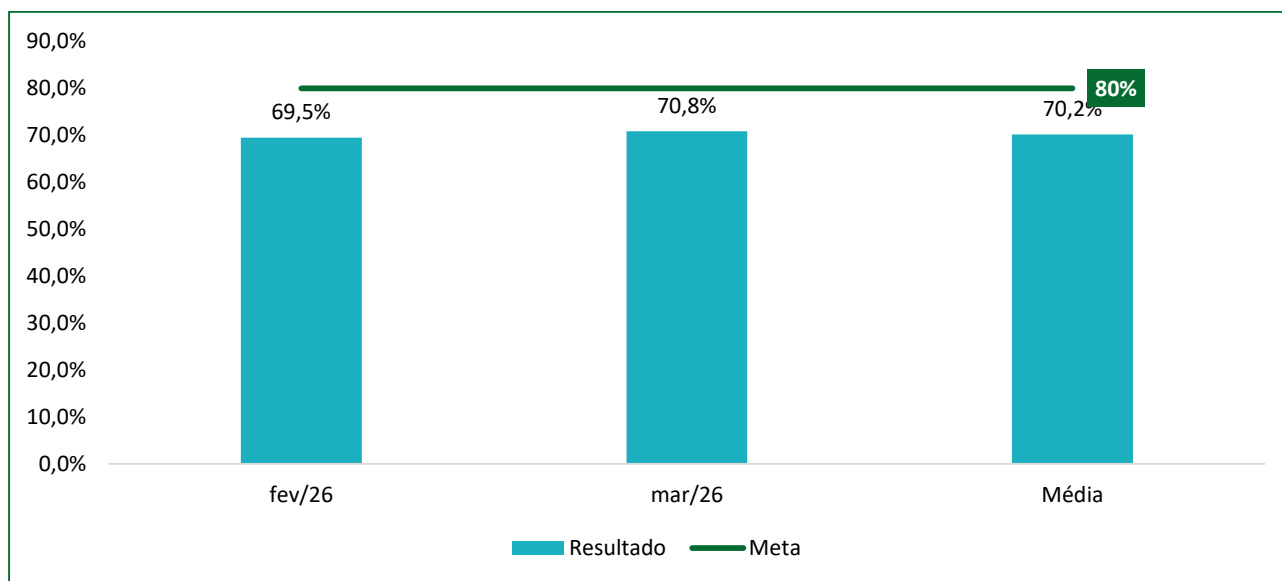
Recomenda-se a continuidade das estratégias já implementadas, como o monitoramento diário do censo, a integração com a rede materno-infantil e o acompanhamento do perfil epidemiológico, visando maior previsibilidade da demanda e rápida resposta assistencial, garantindo a manutenção da qualidade, segurança e eficiência no cuidado neonatal.

Plano de ação

Plano de ação estruturado na metodologia 5W3H: será implementado um conjunto de ações voltadas à melhoria da taxa de ocupação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, com foco na ampliação da captação de recém-nascidos elegíveis, no aprimoramento da previsibilidade da demanda e na otimização da utilização da capacidade instalada, a necessidade decorre do não atingimento da meta institucional de $\geq 80\%$ no mês de março, influenciado principalmente pela variabilidade do perfil epidemiológico e redução de internações neonatais de risco, as ações serão desenvolvidas na Unidade Neonatal em articulação com a maternidade, pré-natal de alto risco, Pronto Atendimento e Núcleo Interno de Regulação a execução será imediata, com monitoramento contínuo e reavaliação mensal dos indicadores, os responsáveis serão a coordenação médica e de enfermagem da unidade, equipe multiprofissional e o Núcleo Interno de Regulação (Who); as ações incluem intensificação do monitoramento diário do censo, fortalecimento da comunicação com a rede de atenção materno-infantil para identificação precoce de gestantes de risco, alinhamento com a maternidade para

melhor direcionamento dos recém-nascidos que demandem cuidados intermediários, revisão dos fluxos de admissão e transferência, além de qualificação dos registros assistenciais para maior acurácia dos indicadores, os custos envolvidos são essencialmente operacionais, relacionados à organização de processos, reuniões e capacitações internas, sem necessidade de investimento estrutural adicional e o acompanhamento será realizado por meio da análise sistemática da taxa de ocupação, auditorias internas, reuniões periódicas com as equipes e avaliação contínua da efetividade.

Gráfico 6: Taxa de Ocupação da Clínica Médica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de março de 2026, a Enfermaria de Clínica Médica apresentou taxa de ocupação de 70,8%, mantendo-se abaixo da meta institucional pactuada de 80%, caracterizando a persistência de não conformidade em relação ao indicador. Ainda assim, o resultado reflete a continuidade de um fluxo assistencial ativo, com organização progressiva dos processos e esforços institucionais voltados à melhoria da utilização da capacidade instalada. No período, destacaram-se importantes ações estruturantes, como a recomposição da escala médica da Unidade Terapia Intensiva, com entrevistas de novos profissionais, ajustes de horários, definição de rotinas e inclusão de novos plantonistas, além da realização de discussões clínicas presenciais e online com foco em casos complexos e de longa permanência, promovendo alinhamento terapêutico interdisciplinar e qualificação da assistência. Também foram realizadas ações de assistência direta aos pacientes, com acolhimento e reuniões familiares, fortalecendo a humanização do cuidado, bem como participação ativa nas Comissões de Cuidados Paliativos e de Óbitos, com revisão de protocolos, análise de casos, identificação de fatores evitáveis e devolutivas às equipes assistenciais. Complementarmente, houve análise crítica dos

indicadores da UTI e atuação na resposta às ouvidorias e notificações, com elaboração de planos de ação direcionados

Em análise comparativa, observa-se que, no mês de fevereiro de 2026, a taxa de ocupação foi de 69,48%, já inferior à meta institucional, representando redução em relação a janeiro (81,75%). No mês de março, houve discreta elevação do indicador para 70,87%, evidenciando uma tendência de recuperação, ainda que insuficiente para o atingimento da meta. A análise técnico-assistencial demonstra que o desempenho está diretamente relacionado ao perfil das internações, com presença significativa de pacientes de curta permanência, muitos com alta em menos de 24 horas, o que impacta negativamente o cálculo da taxa de ocupação. Esses pacientes, frequentemente oriundos da Unidade de Pronto Atendimento e já clinicamente compensados, recebem atendimento adequado, porém não permanecem tempo suficiente para impactar positivamente o indicador. Por outro lado, a unidade também absorve pacientes de maior complexidade e longa permanência, o que reduz o giro de leitos e interfere na dinâmica da ocupação.

Como pontos positivos, destacam-se o fortalecimento da equipe médica, a intensificação das discussões clínicas, a integração entre equipes multiprofissionais, a atuação ativa das comissões institucionais e o monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais. As estratégias adotadas, como a articulação com o Núcleo Interno de Regulação para captação de pacientes, a qualificação dos fluxos de internação, a revisão de protocolos assistenciais, o alinhamento entre equipes e a atuação proativa frente às notificações e ouvidorias, demonstram compromisso institucional com a melhoria contínua da qualidade e da segurança do paciente.

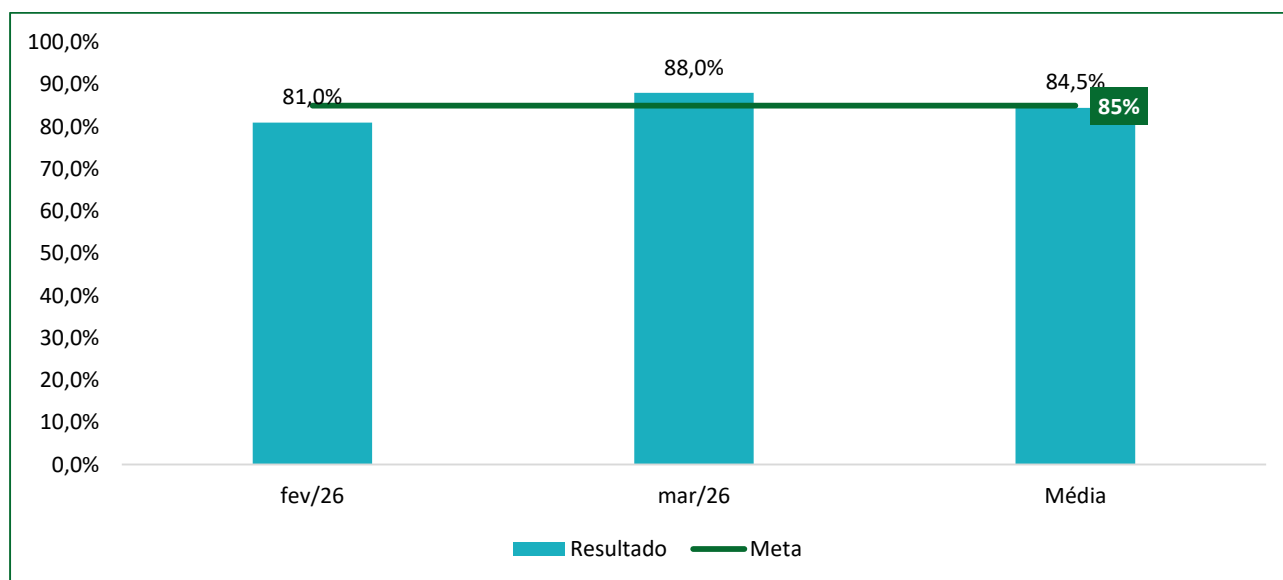
Conclui-se que, embora a taxa de ocupação permaneça abaixo da meta institucional, observa-se evolução positiva no período, com tendência de melhora e fortalecimento dos processos assistenciais. O cenário evidencia que o desempenho do indicador está fortemente influenciado pelo perfil clínico dos pacientes e pela dinâmica de permanência, mais do que por falhas estruturais de gestão. Recomenda-se a continuidade das estratégias implementadas, com foco no aprimoramento da regulação de leitos, na qualificação das admissões e no monitoramento sistemático dos indicadores, visando a consolidação de resultados sustentáveis e mais aderentes à realidade assistencial da unidade.

Plano de ação

Será implementado um conjunto de ações voltadas à melhoria da taxa de ocupação da Enfermaria de Clínica Médica, com foco na qualificação do fluxo de internação, otimização da gestão de leitos e adequação do perfil assistencial, a necessidade decorre do não atingimento da meta institucional de 80% e da influência

de fatores como internações de curta permanência e variabilidade do perfil clínico dos pacientes, as ações serão desenvolvidas na Enfermaria de Clínica Médica, em interface com a Unidade Terapia Intensiva, Pronto Socorro e Núcleo Interno de Regulação a execução terá início imediato, com monitoramento contínuo e reavaliações mensais dos indicadores, os responsáveis serão a coordenação médica, coordenação de enfermagem, equipe multiprofissional e o Núcleo Interno de Regulação, as ações incluem revisão dos critérios de internação para priorização de pacientes com maior potencial de permanência, fortalecimento da articulação com a Unidade Pronto Atendimento para melhor direcionamento dos casos, aprimoramento do planejamento de altas hospitalares, intensificação das discussões clínicas para manejo mais assertivo dos casos complexos, continuidade da recomposição da escala médica e revisão de protocolos assistenciais, os custos envolvidos serão predominantemente operacionais, relacionados à reorganização de processos e capacitação das equipes, sem necessidade de investimentos estruturais significativos e, por fim, o monitoramento será realizado por meio de análise sistemática dos indicadores assistenciais, auditorias internas, reuniões periódicas com as equipes e acompanhamento dos planos de ação derivados de notificações e ouvidorias, garantindo avaliação contínua da efetividade das medidas implementadas.

Gráfico 7: Taxa de Ocupação da UTI Adulto



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de março de 2026, a Unidade de Terapia Intensiva Adulto apresentou taxa de ocupação global de 88,00%, atingindo e superando a meta contratual estabelecida de 85%. O cálculo do indicador foi realizado considerando a produção assistencial da Unidade terapia intensiva Adulto no período de 24/03/2026

a 31/03/2026, bem como da área de contingência Pronto Socorro Geral, utilizada durante a reforma estrutural da unidade.

No recorte específico da Unidade terapia intensiva Adulto, no período de 24/03/2026 a 31/03/2026, foram considerados 8 dias de funcionamento, com 9 leitos disponíveis, totalizando 55 pacientes-dia, resultando em uma taxa de ocupação de 76,39%, com 8 saídas registradas e média de permanência de 6,88 dias.

Paralelamente, no setor PSG, onde foram alocados pacientes críticos oriundos da UTI em função da reforma iniciada em 26/02/2026, foram analisados os dados do período de 01/03/2026 a 24/03/2026. Nesse intervalo, foram contabilizados 24 dias, com 9 leitos considerados para efeito de cálculo, totalizando 25 pacientes-dia e taxa de ocupação de 11,57%, com 78 saídas e média de permanência de 0,32 dias. Ressalta-se que o PSG foi utilizado como estratégia de contingência para garantir a continuidade da assistência intensiva, sendo seus dados incorporados à análise do mês de março para fins de prestação de contas.

A consolidação dos dados entre Unidade terapia intensiva Adulto e Pronto atendimento socorro resultou na taxa global de ocupação de 88,00%, correspondendo ao desempenho esperado frente à meta contratual.

Em análise comparativa, no mês de fevereiro de 2026 a unidade apresentou taxa de ocupação de 80,95%, evidenciando evolução no desempenho assistencial no período atual. Esse incremento reflete maior eficiência na utilização dos leitos e adequação dos fluxos assistenciais, mesmo diante de um cenário de reestruturação física da unidade.

Como medida de contingência, houve a realocação operacional de 6 leitos intensivos para o setor Pronto Socorro Geral, considerando a capacidade total instalada de 9 leitos na Unidade terapia intensiva Adulto. Durante todo o período de contingência, os 6 leitos disponibilizados mantiveram-se continuamente ocupados, evidenciando plena utilização da capacidade operacional adaptada e garantindo a assistência ininterrupta aos pacientes críticos.

Contudo, essa análise isolada não reflete a realidade assistencial do período, uma vez que desconsidera a ampliação operacional realizada por meio do Pronto Socorro Geral. Na prática, houve ocupação máxima dos leitos efetivamente disponíveis no contexto da contingência, o que reforça a efetividade das estratégias adotadas.

Como pontos positivos, destacam-se a capacidade de adaptação da unidade frente à reforma estrutural, a efetividade do plano de contingência implementado, a integração entre as equipes assistenciais e o Núcleo Interno de Regulação, bem como a manutenção da continuidade e qualidade do cuidado intensivo. A organização dos fluxos e a adequada gestão dos leitos permitiram não apenas o atendimento da demanda, mas também o atingimento da meta institucional.

Para fins de análise crítica e transparência metodológica, é fundamental explicitar o racional que sustenta a taxa de ocupação de 87,96%, uma vez que o mês analisado foi marcado por reconfiguração operacional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, com utilização de leitos em caráter contingencial na unidade PSG.

No período, a UTI Adulto possui capacidade instalada de 9 leitos. Entretanto, devido à necessidade de reforma estrutural, houve a realocação de 6 leitos intensivos para a unidade PSG, mantendo-se o funcionamento assistencial de forma descentralizada. Ressalta-se que esses 6 leitos permaneceram continuamente ocupados durante todo o período de contingência, caracterizando utilização plena da capacidade operacional disponível.

Ao analisar isoladamente os dados brutos, tem-se na UTI um total de 55 pacientes-dia em 8 dias, o que corresponde a 72 leitos-dia (8 dias $\times$ 9 leitos), resultando em uma ocupação de 76,39% nesse recorte. Já na unidade PSG, no período de 24 dias, foram registrados 25 pacientes-dia, frente a um total de 216 leitos-dia (24 dias $\times$ 9 leitos), resultando em uma taxa de 11,57%, valor que, isoladamente, não representa adequadamente a realidade assistencial, visto que o PSG não operava como unidade intensiva estruturada, mas sim como extensão contingencial da UTI.

Dessa forma, o cálculo direto e somatório dos setores (80 pacientes-dia em 288 leitos-dia), que resultaria em aproximadamente 27,78%, mostra-se metodologicamente inadequado, pois dilui a taxa ao considerar uma capacidade instalada que não estava integralmente disponível sob o ponto de vista funcional intensivo.

Para obtenção de um indicador fidedigno, foi necessário realizar ajuste da base de cálculo, considerando exclusivamente a capacidade operacional real, ou seja, os leitos efetivamente ativos e utilizados no cuidado intensivo, independentemente da sua localização física. Nesse contexto, ao se considerar que os 6 leitos realocados mantiveram ocupação contínua e que a produção assistencial refletiu utilização praticamente integral desses recursos, a taxa de ocupação é recalculada com base na performance assistencial real frente à capacidade

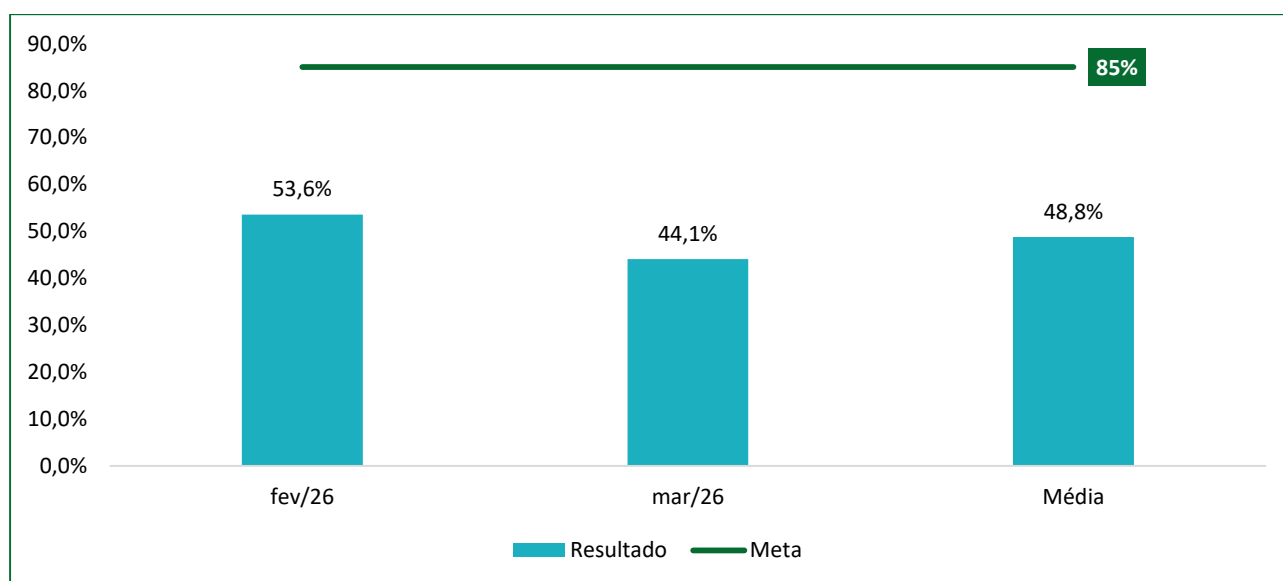
efetivamente disponível, alcançando o valor de 87,96%, o qual expressa com maior precisão a eficiência e a utilização dos leitos intensivos no período.

Portanto, a apresentação desta taxa ajustada na análise é imprescindível para garantir a fidedignidade da informação, coerência metodológica e aderência à realidade assistencial, evitando interpretações equivocadas de subutilização e evidenciando que, mesmo diante de limitações estruturais, houve pleno aproveitamento da capacidade operacional e manutenção da resolutividade da unidade.

Conclui-se que a Unidade de Terapia Intensiva Adulto apresentou desempenho satisfatório no mês de março, com superação da meta contratual, mesmo em cenário de readequação estrutural. O resultado evidencia maturidade na gestão assistencial, eficiência operacional e compromisso com a qualidade e segurança do paciente, sendo fundamental a manutenção das estratégias adotadas para sustentação dos resultados alcançados.

Contudo, ressalta-se que a análise isolada da taxa de ocupação não reflete, de forma abrangente, os indicadores contemporâneos de desempenho para unidades de terapia intensiva. Torna-se necessária a incorporação e monitoramento de indicadores complementares, como a implementação de Kanban assistencial, a taxa de efetividade do plano terapêutico e a avaliação da rotatividade de leitos associada à segurança do paciente, proporcionando uma análise mais robusta e fidedigna da qualidade assistencial e dos desfechos clínicos.

Gráfico 8: Taxa de Ocupação da UTI Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de março de 2026, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), composta por 3 (três) leitos ativos, apresentou taxa de ocupação de 44,10%, mantendo-se abaixo da meta contratual estabelecida de 80%. Em comparação ao mês de fevereiro de 2026, no qual a unidade registrou 53,57%, observa-se uma redução no indicador, evidenciando manutenção do cenário de não atingimento da meta pactuada.

Apesar da redução observada entre os períodos, a análise do indicador deve ser realizada de forma ampliada e contextualizada, considerando os determinantes assistenciais e epidemiológicos que influenciam diretamente a ocupação de leitos intensivos pediátricos. Ressalta-se que a taxa de ocupação da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) está intrinsecamente relacionada ao perfil de demanda proveniente do Pronto Atendimento Infantil (PAI), sendo este o principal ponto de entrada para pacientes elegíveis à terapia intensiva.

No período analisado, manteve-se o predomínio de atendimentos classificados como baixa complexidade (cores verde e azul), os quais não demandam internação em terapia intensiva, reduzindo, de forma direta, a necessidade de ocupação dos leitos disponíveis. Além disso, fatores sazonais exerceram impacto relevante sobre o indicador, especialmente a redução de agravos respiratórios, frequentemente associados a períodos de menor circulação viral, bem como o contexto de férias escolares, que historicamente contribui para diminuição da demanda por internações pediátricas.

Outro fator determinante refere-se à organização da rede de atenção à saúde, na qual pacientes que necessitam de subespecialidades pediátricas ou maior densidade tecnológica são regulados para unidades de referência de maior porte, em conformidade com os fluxos assistenciais estabelecidos. Tal dinâmica, embora essencial para a segurança e qualidade do cuidado, repercute diretamente na taxa de ocupação da unidade local.

Adicionalmente, destaca-se a natureza mista da unidade, na qual os leitos da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) são, em determinados momentos, direcionados ao atendimento de recém-nascidos de alto risco, em apoio à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Essa prática, necessária para garantir a continuidade assistencial e a segurança do paciente, torna temporariamente indisponíveis leitos para internação pediátrica, impactando negativamente o indicador específico de ocupação da unidade.

Dessa forma, conclui-se que o não atingimento da meta no mês de março não está associado a fragilidades operacionais ou assistenciais, mas sim à combinação de fatores estruturais, epidemiológicos e organizacionais, que

influenciam diretamente o perfil de utilização dos leitos. O comportamento do indicador reflete, portanto, a adequação do uso dos recursos assistenciais frente à demanda real, preservando os princípios de segurança do paciente, regulação eficiente e qualidade do cuidado prestado.

Plano de Ação

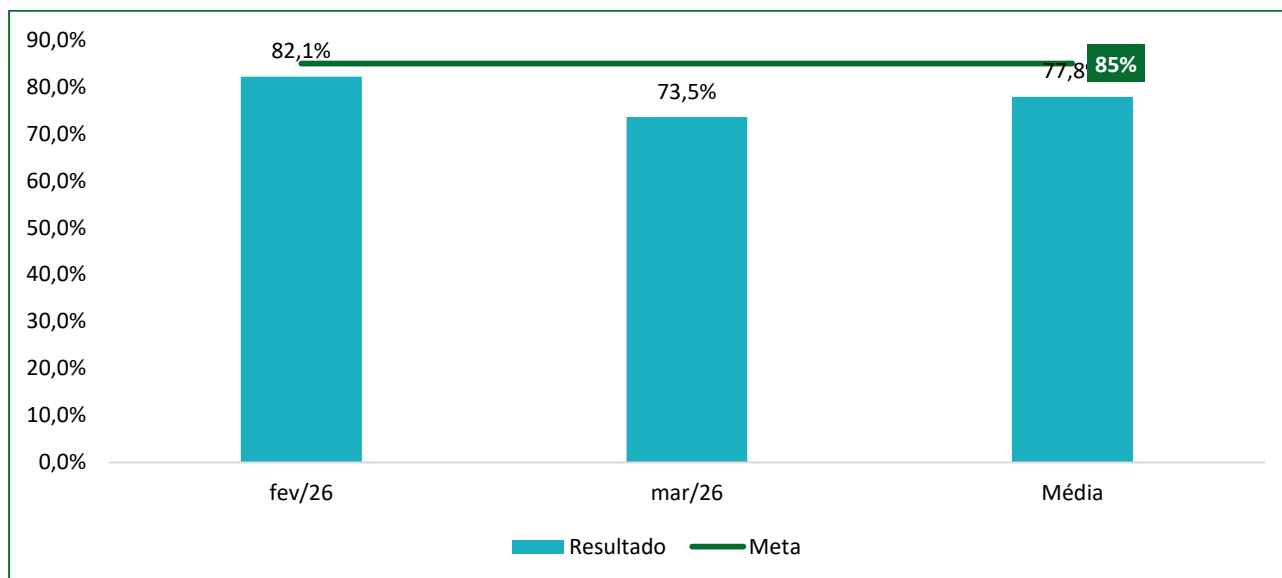
Com o objetivo de aprimorar a taxa de ocupação da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e promover maior aderência à meta contratual estabelecida, será implementado um plano de ação estruturado, com foco na qualificação do fluxo assistencial, fortalecimento da regulação e otimização da utilização dos leitos disponíveis. Inicialmente, será intensificado o monitoramento diário da ocupação dos leitos, em articulação direta com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), visando ampliar a captação de pacientes elegíveis junto à Central de Regulação Municipal e otimizar o direcionamento de casos com perfil compatível para a unidade.

Paralelamente, serão realizados alinhamentos contínuos com a equipe do Pronto Atendimento Infantil (PAI), com o intuito de reforçar os critérios clínicos de elegibilidade para internação em terapia intensiva pediátrica, garantindo maior assertividade na identificação precoce de pacientes com potencial de agravamento. Será também fortalecida a comunicação entre as equipes assistenciais e médicas, promovendo maior integração entre os pontos de atenção e favorecendo a tomada de decisão oportuna quanto à indicação de internação.

Considerando a natureza mista da unidade, será realizado acompanhamento sistemático da utilização dos leitos destinados ao suporte neonatal, em conjunto com a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a fim de equilibrar a ocupação entre os perfis assistenciais e minimizar impactos sobre a disponibilidade de leitos pediátricos. Adicionalmente, será mantida a análise periódica do perfil epidemiológico da demanda, permitindo antecipação de cenários sazonais e melhor planejamento da capacidade instalada.

Como estratégia complementar, será reforçada a qualificação dos registros assistenciais e administrativos, assegurando maior fidedignidade dos dados e melhor interpretação dos indicadores. O acompanhamento dos resultados será realizado de forma mensal, com reavaliação contínua das ações implementadas, garantindo ajustes oportunos e sustentação das melhorias propostas. Dessa forma, busca-se não apenas elevar a taxa de ocupação, mas assegurar que a utilização dos leitos ocorra de maneira segura, eficiente e alinhada às necessidades reais da população atendida.

Gráfico 9: Taxa de ocupação da Unidade Neonatal



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período analisado, no mês de março, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apresentou taxa de ocupação de 73,5%, posicionando-se abaixo da meta contratual estabelecida de 85%. Em comparação ao mês de fevereiro, no qual a unidade registrou 82,14%, observa-se uma redução do indicador, mantendo-se o cenário de não atingimento da meta, ainda que dentro de uma oscilação compatível com o perfil assistencial da unidade. Ressalta-se que, em janeiro, a taxa havia atingido 85,16%, evidenciando que o indicador apresenta variações relacionadas à dinâmica da demanda neonatal.

Embora o resultado numérico de março esteja aquém da meta estabelecida, a análise qualitativa dos dados assistenciais demonstra que a unidade manteve elevada resolutividade clínica e plena capacidade operacional, evidenciada pela adequada condução dos casos e manutenção da disponibilidade de leitos para atendimento oportuno. O desempenho do indicador deve ser interpretado considerando que a ocupação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é diretamente dependente do volume de nascimentos e do perfil de gravidade dos recém-nascidos, fatores que apresentam variabilidade natural e não são totalmente controláveis pela gestão local.

Entre os fatores que contribuíram para o não atingimento da meta, destaca-se a redução na demanda por internações neonatais de maior complexidade, com predomínio de recém-nascidos com melhor condição clínica, os quais não demandaram suporte intensivo prolongado. Esse cenário impacta diretamente a taxa de ocupação, uma vez que reduz o tempo de permanência e a necessidade de utilização contínua dos leitos. Adicionalmente, a adequada aplicação dos fluxos

regulatórios contribui para que casos de maior complexidade, que necessitam de subespecialidades ou maior densidade tecnológica, sejam encaminhados para unidades de referência, reduzindo a ocupação local.

Outro aspecto relevante refere-se à própria característica assistencial da unidade, que mantém leitos disponíveis para absorção de demandas imediatas, garantindo acesso seguro e oportuno ao recém-nascido de risco. Dessa forma, a menor taxa de ocupação também reflete uma reserva técnica assistencial necessária, fundamental para assegurar a qualidade do atendimento e a prontidão da unidade frente a possíveis intercorrências.

Conclui-se que o não atingimento da meta no mês de março está relacionado, principalmente, a fatores epidemiológicos, assistenciais e organizacionais, inerentes ao perfil da neonatologia, não configurando falhas de gestão. O resultado observado demonstra que a unidade manteve equilíbrio entre disponibilidade de leitos, segurança do paciente e resolutividade clínica, assegurando a qualidade do cuidado mesmo diante da redução da demanda por internações de maior complexidade.

Plano de ação

Com o objetivo de elevar a taxa de ocupação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e promover maior aderência à meta contratual estabelecida, será implementado um plano de ação focado no fortalecimento da regulação, otimização do uso dos leitos e qualificação contínua do processo assistencial. Inicialmente, será intensificado o monitoramento diário do Censo Hospitalar, com acompanhamento em tempo real da ocupação e comunicação ativa com a regulação municipal e estadual, visando ampliar a captação de recém-nascidos com perfil elegível para internação intensiva.

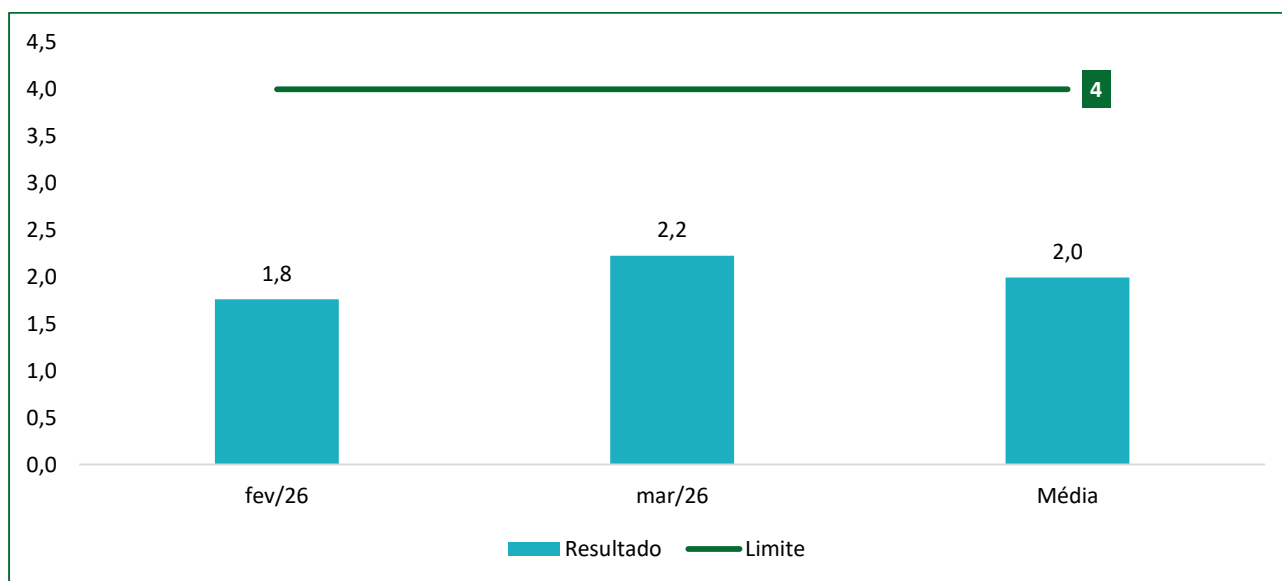
Paralelamente, serão realizados alinhamentos contínuos com as equipes do centro obstétrico, pronto atendimento e maternidade, com o intuito de fortalecer a identificação precoce de recém-nascidos com potencial de agravamento clínico, garantindo maior assertividade na indicação de internação na terapia intensiva neonatal. Será reforçada a integração entre as equipes médicas e multiprofissionais, promovendo tomada de decisão ágil e baseada em critérios clínicos bem definidos.

Adicionalmente, será mantida a análise sistemática do perfil epidemiológico e assistencial dos nascimentos, permitindo antecipação de cenários sazonais e

melhor planejamento da capacidade operacional da unidade. A equipe seguirá garantindo a adequada aplicação dos fluxos regulatórios, buscando equilíbrio entre a manutenção da segurança assistencial e a otimização da ocupação dos leitos disponíveis.

Como estratégia complementar, será reforçada a qualificação dos registros assistenciais e administrativos, assegurando maior fidedignidade das informações e melhor interpretação dos indicadores. O acompanhamento dos resultados será realizado de forma contínua, com reavaliação periódica das ações implementadas, permitindo ajustes oportunos e sustentação das melhorias propostas. Dessa forma, busca-se garantir não apenas o aumento da taxa de ocupação, mas principalmente a manutenção da qualidade, segurança e resolutividade do cuidado prestado ao recém-nascido.

Gráfico 10: Média de Permanência da Clínica Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de março de 2026, a Clínica Pediátrica apresentou média de permanência de 2,2 dias, mantendo-se abaixo do limite institucional estabelecido e evidenciando um desempenho assistencial eficiente, alinhado aos princípios de qualidade, segurança e resolutividade. O resultado reforça a adequada utilização dos leitos, com tempo de internação proporcional às necessidades clínicas dos pacientes pediátricos.

Em análise comparativa, no mês de fevereiro a média de permanência foi de 1,80 dias, observando-se um discreto aumento no período atual. Tal variação não

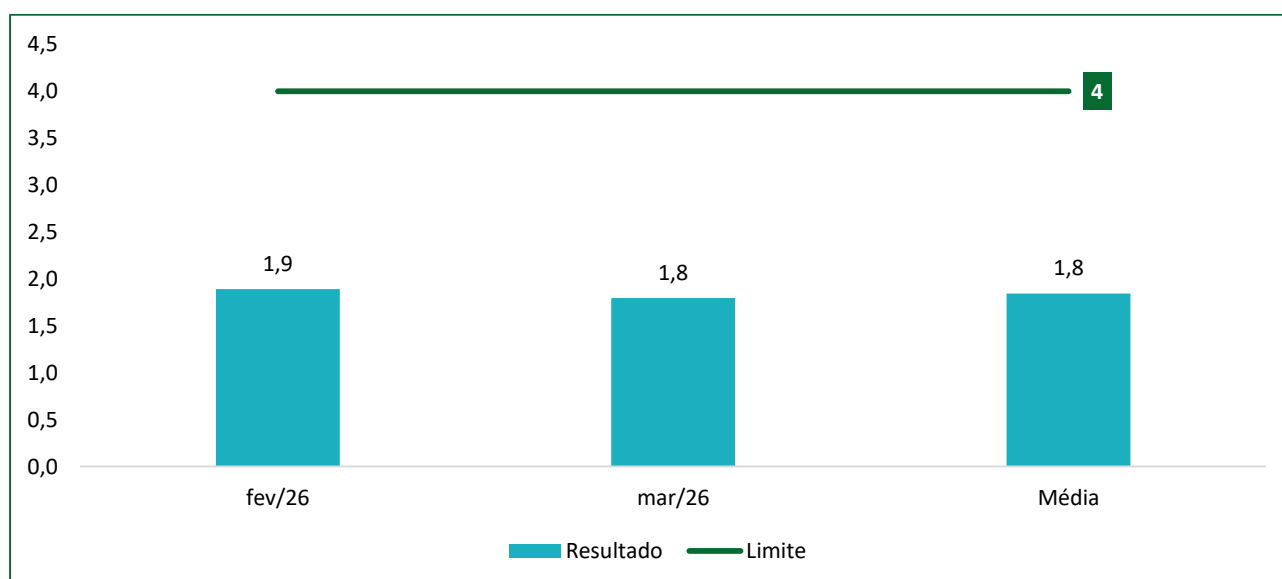
configura perda de desempenho, mas sim uma oscilação esperada frente à variabilidade do perfil clínico atendido, especialmente considerando a sazonalidade e a possível entrada de casos com maior necessidade de estabilização e observação clínica antes da alta. Ainda assim, o indicador permanece em patamar confortável e dentro da meta institucional.

Sob a ótica qualitativa, o desempenho da unidade evidencia maturidade assistencial e efetiva coordenação do cuidado. A Clínica Pediátrica demonstra capacidade de conduzir internações de forma resolutiva, com condutas terapêuticas assertivas e integração multiprofissional que favorece a recuperação clínica em tempo oportuno. A organização dos fluxos assistenciais e a condução adequada das altas hospitalares contribuem diretamente para evitar permanências prolongadas desnecessárias, mantendo a rotatividade dos leitos sem comprometer a segurança do paciente.

Destaca-se como ponto positivo a eficiência na gestão do tempo de internação, com alinhamento entre equipe assistencial e Núcleo Interno de Regulação, promovendo previsibilidade e fluidez no processo de internação e alta. A atenção aos casos de curta permanência e o monitoramento contínuo do indicador reforçam a confiabilidade dos dados e demonstram governança clínica estruturada.

Conclui-se que a Clínica Pediátrica mantém um desempenho consistente e qualificado, no qual a média de permanência reflete não apenas o cumprimento da meta, mas um modelo assistencial centrado na eficiência, segurança e adequação clínica. A continuidade das estratégias adotadas e o monitoramento sistemático do indicador são fundamentais para sustentar os resultados alcançados e responder de forma eficaz às variações do perfil epidemiológico atendido.

Gráfico 11: Média de Permanência da Clínica Cirúrgica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

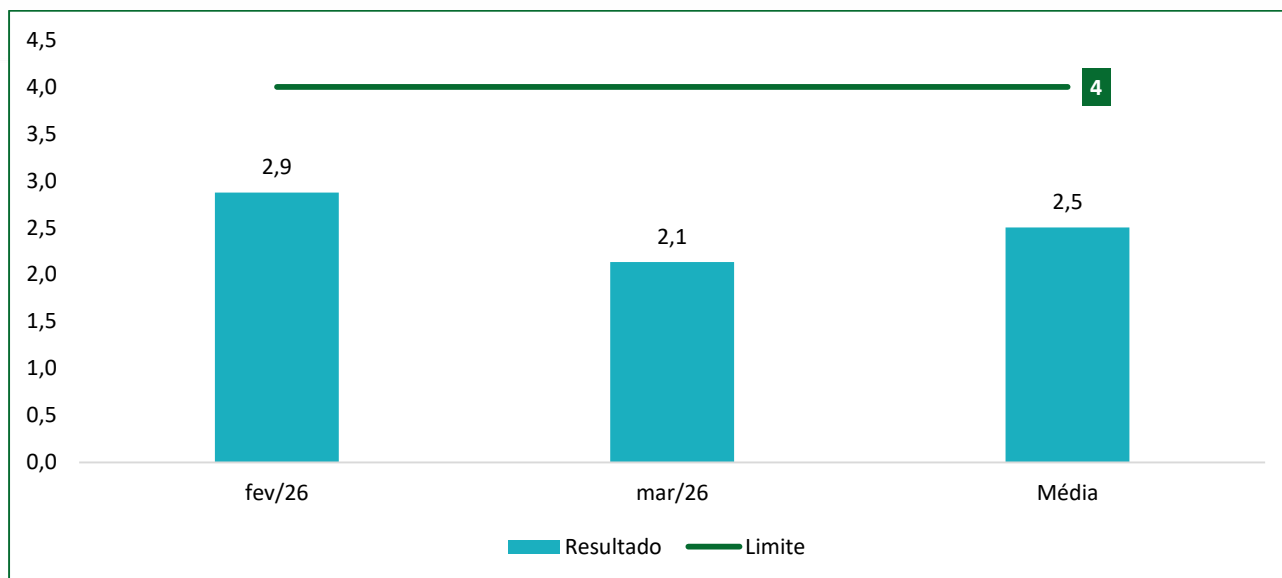
No mês de março de 2026, a Enfermaria Cirúrgica apresentou adequada utilização de sua capacidade instalada, contando com 13 leitos disponíveis, média de 6,19 leitos ocupados por dia, totalizando 192 internações e tempo médio de permanência de 1,80 dias. O resultado evidencia eficiência no giro de leitos e fluidez no processo assistencial, mantendo o tempo de permanência em patamar reduzido e compatível com o perfil da unidade.

Em comparação ao mês de fevereiro de 2026, observa-se melhora no desempenho relacionado ao tempo médio de permanência, que passou de 1,89 dias para 1,80 dias, mantendo-se amplamente abaixo do limite máximo institucional de 4 dias. No mês anterior, a unidade apresentou 295 pacientes-dia e 156 saídas, indicadores que já demonstravam adequada rotatividade e eficiência operacional. No mês atual, o aumento no número de internações, associado à redução do tempo médio de permanência, reforça a manutenção da fluidez assistencial, mesmo diante de maior demanda.

Como pontos positivos, destacam-se a efetiva rotatividade de leitos, a manutenção de tempo médio de permanência reduzido, a organização do fluxo assistencial e a capacidade da equipe em absorver maior volume de internações sem impacto negativo nos indicadores. Entre as estratégias adotadas para manutenção desse desempenho, evidenciam-se o monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais, a gestão eficiente de leitos, o planejamento adequado das admissões e altas hospitalares, além da integração entre as equipes assistenciais, favorecendo a continuidade do cuidado e a otimização do tempo de internação.

Dessa forma, conclui-se que a Enfermaria Cirúrgica mantém desempenho satisfatório e alinhado às diretrizes institucionais, com indicadores que refletem eficiência assistencial, adequada gestão de leitos e ausência de retenção indevida de pacientes. Recomenda-se a continuidade das estratégias implementadas, com monitoramento sistemático dos resultados, visando a sustentação da qualidade assistencial e a melhoria contínua dos processos.

Gráfico 12: Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período de março de 2026, a unidade de Ginecologia e Obstetrícia apresentou Média de Permanência de 2,1 dias, resultado que demonstra manutenção da eficiência assistencial e conformidade com os parâmetros institucionais e contratuais estabelecidos.

Em comparação, no mês de fevereiro de 2026, a média de permanência foi de 2,09 dias, evidenciando uma variação mínima de 0,01 dia, considerada estatisticamente irrelevante e compatível com as oscilações naturais relacionadas ao perfil clínico das pacientes e à complexidade dos casos atendidos.

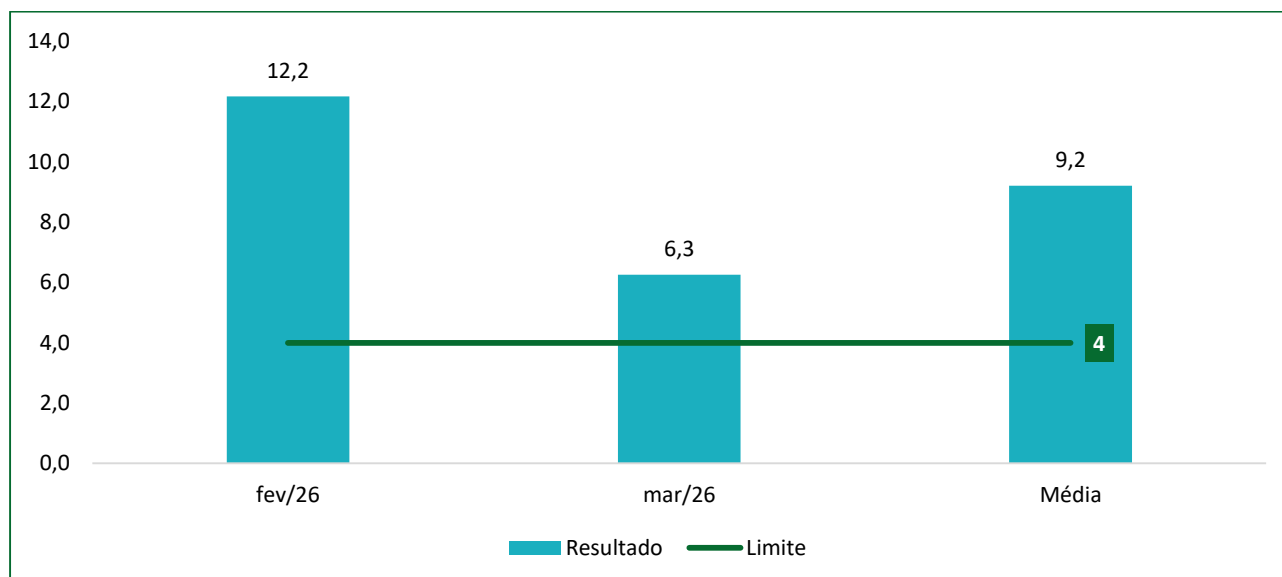
O desempenho observado reflete a estabilidade dos processos assistenciais e a maturidade operacional da unidade, mantendo o tempo de internação em patamar adequado, equilibrando a rotatividade de leitos com a segurança e qualidade do cuidado prestado. Destaca-se a resolutividade clínica em procedimentos de curta permanência, como perineoplastias e laqueaduras tubárias, que frequentemente evoluem com alta segura em período reduzido, contribuindo diretamente para a eficiência do indicador.

Como ponto positivo, evidencia-se a manutenção de fluxos bem estruturados de desospitalização, com aplicação consistente de protocolos de alta precoce, integração entre equipes multiprofissionais e planejamento assistencial iniciado desde a admissão. Esses fatores contribuem para a otimização da capacidade instalada, redução do tempo de permanência e minimização de riscos relacionados à internação prolongada.

Para a sustentação dos resultados, a gestão mantém o monitoramento contínuo da jornada da paciente, com foco na agilidade diagnóstica, no acompanhamento do pós-operatório imediato e na identificação precoce de possíveis intercorrências. A análise sistemática do perfil assistencial permite ajustes oportunos nos processos, garantindo a manutenção do equilíbrio entre eficiência operacional e segurança do paciente.

Conclui-se que a unidade apresenta desempenho estável e consistente, com manutenção do indicador dentro dos parâmetros esperados, evidenciando capacidade de resposta assistencial qualificada. Recomenda-se a continuidade das estratégias adotadas, com ênfase no fortalecimento dos protocolos de alta segura e na integração das equipes, assegurando a sustentabilidade dos resultados e a excelência no cuidado prestado.

Gráfico 13: Média de Permanência da UCIN



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de março de 2026, a unidade apresentou média de permanência hospitalar de **6,3 dias**, posicionando-se acima do limite institucional estabelecido de até 4 dias, caracterizando não conformidade no período analisado. Apesar da redução expressiva em relação ao mês anterior, o indicador ainda reflete impacto relevante de internações prolongadas, diretamente associado ao perfil assistencial da unidade.

Em análise comparativa, observa-se que no mês de fevereiro de 2026 a média de permanência foi de **12,17 dias**, evidenciando melhora importante no mês atual, embora ainda insuficiente para o atingimento da meta. Essa redução

demonstra avanço na condução dos processos assistenciais e na gestão do tempo de internação.

No mês de março, o não atingimento da meta está diretamente relacionado à presença de pacientes com permanência superior a 4 dias, como A.A.A., E.C.M.S., E.Y.F.A., K.V.C., L.C.M., e V.M.S., com tempos variando entre 5 e 9 dias. Esses casos estão, em sua maioria, associados à prematuridade, necessidade de ganho ponderal, acompanhamento clínico prolongado e critérios rigorosos para alta segura, como estabilidade térmica, alimentar e respiratória. Tais condições exigem maior tempo de internação, impactando diretamente a média geral do indicador. Em contrapartida, observam-se também pacientes com curta permanência, inferior a 4 dias, que contribuíram para a redução da média no período, porém sem força suficiente para compensar o impacto dos casos de maior permanência.

Ressalta-se que fatores inerentes à assistência neonatal, como imaturidade fisiológica e necessidade de evolução clínica progressiva até condições seguras de alta, influenciam diretamente o tempo de permanência, não configurando falhas assistenciais, mas sim características do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos.

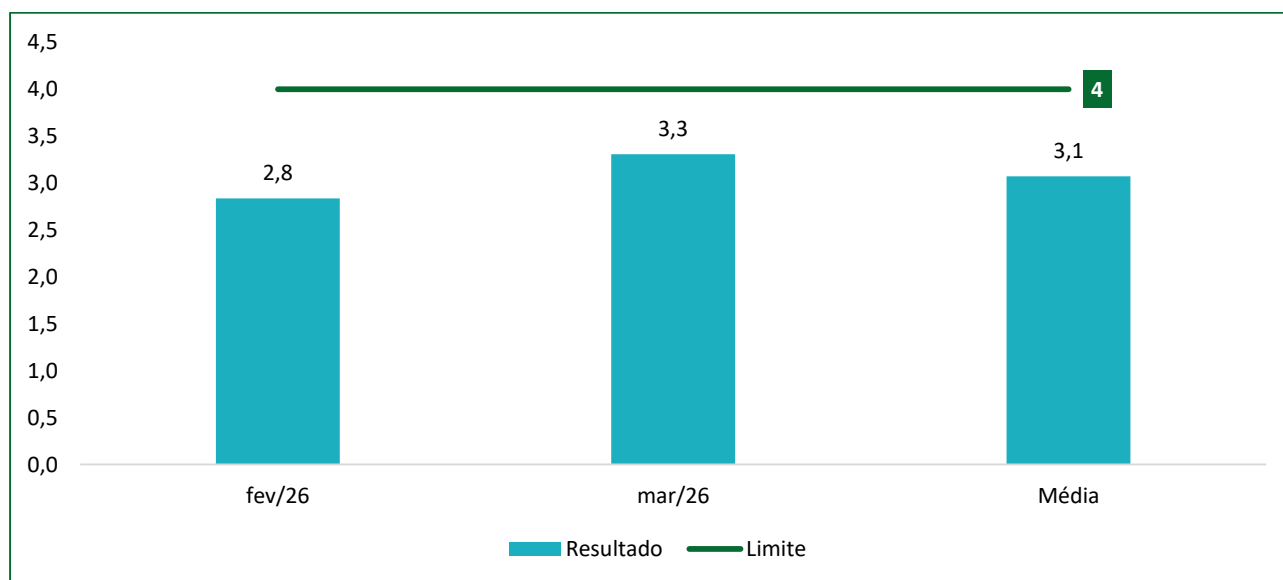
Dessa forma, conclui-se que, embora o mês de março apresente evolução significativa em relação ao mês anterior, o não atingimento da meta está diretamente relacionado à complexidade dos casos e à necessidade de permanência prolongada para garantia de alta segura. Recomenda-se a continuidade do monitoramento sistemático da média de permanência, análise individualizada dos casos acima de 4 dias e fortalecimento das estratégias assistenciais, visando maior equilíbrio entre qualidade, segurança e eficiência na utilização dos leitos.

Plano de ação

consiste na implementação de estratégias para redução da média de permanência hospitalar, com foco na diminuição dos casos acima de 4 dias; por que será feito deve-se ao não atingimento da meta no mês de março (6,3 dias), impactado principalmente por pacientes com permanência prolongada relacionada à prematuridade e necessidade de estabilidade clínica para alta segura; onde será feito na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, em articulação com a Unidade Terapia Intensiva Neonatal, maternidade e Núcleo Interno de Regulação; quando será feito com início imediato a partir de abril de 2026, com monitoramento diário e avaliação mensal dos resultados; quem será responsável inclui a coordenação médica, coordenação de enfermagem, equipe multiprofissional e o Núcleo Interno de Regulação; como será feito por meio da identificação precoce dos pacientes com potencial de permanência acima de 4 dias, elaboração de plano

terapêutico individualizado desde a admissão com previsão de alta, intensificação das discussões clínicas multiprofissionais, definição de critérios objetivos de alta (peso, sucção eficaz, estabilidade térmica e respiratória), acompanhamento rigoroso do ganho ponderal, otimização dos fluxos assistenciais e articulação com a rede para preparo antecipado da alta segura; quanto custará não haverá custos adicionais significativos, sendo baseado na melhoria dos processos internos e organização da assistência; e como será medido por meio do monitoramento contínuo da média de permanência, análise crítica dos casos que ultrapassarem 4 dias, auditorias internas e reuniões periódicas para avaliação da efetividade das ações e ajustes necessários. Todo o plano será custeado pelo orçamento operacional já previsto para a educação continuada e horas assistenciais do setor, sendo monitorado via relatórios TASY para validar se as ações resultaram na estabilização dos indicadores conforme as metas pactuadas.

Gráfico 14: Média de Permanência da Clínica Médica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de março de 2026, a Clínica Médica apresentou média de permanência de 3,31 dias, mantendo-se em conformidade com a meta institucional pactuada de até 4 dias. O resultado demonstra a continuidade da eficiência assistencial da unidade, com adequada gestão do tempo de internação e utilização racional dos leitos, alinhada ao perfil clínico dos pacientes atendidos.

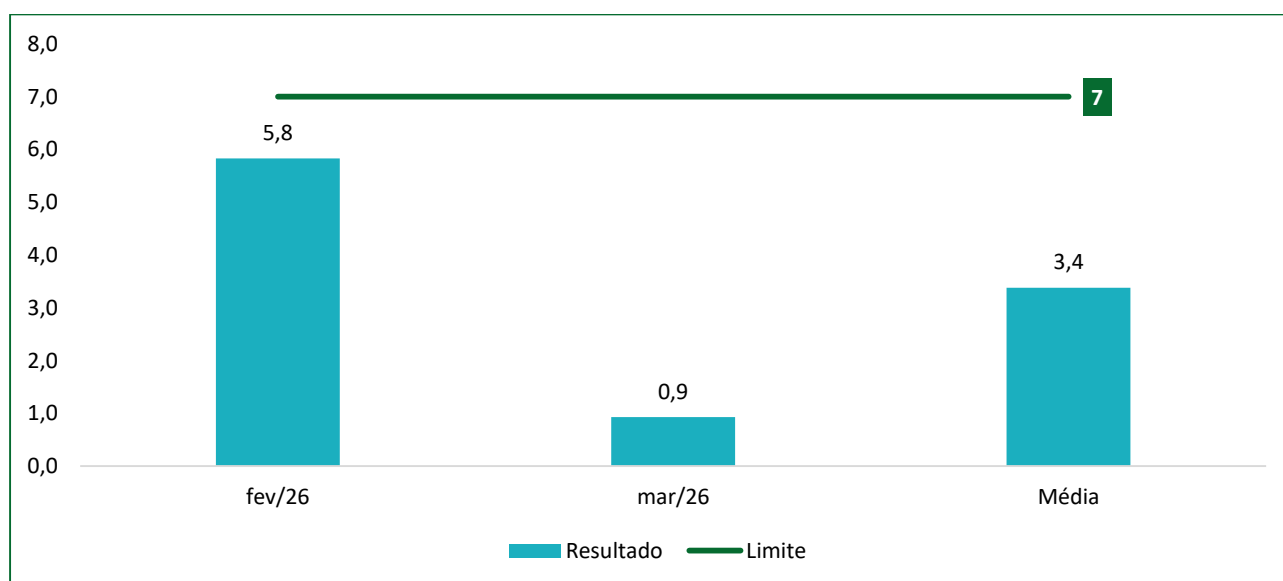
Em análise comparativa, observa-se que no mês de fevereiro de 2026 a média de permanência foi de 2,83 dias, indicando um aumento no mês atual. Ainda assim, o indicador permanece dentro dos parâmetros institucionais, sem caracterizar desvio de qualidade. Quando analisado em perspectiva histórica, destaca-se que em dezembro o indicador foi de 3,68 dias, evidenciando que, apesar da oscilação entre

os meses, a unidade mantém estabilidade e controle do processo assistencial, com tendência sustentada de permanência abaixo do limite estabelecido. A elevação observada em março pode estar associada ao perfil clínico dos pacientes internados, com possível aumento de casos de maior complexidade ou necessidade de permanência prolongada para conclusão terapêutica segura.

Como pontos positivos, ressaltam-se a maturidade dos processos assistenciais, a integração efetiva da equipe multiprofissional e a assertividade nas condutas clínicas, fatores que contribuem diretamente para a manutenção do indicador dentro da meta. Destaca-se ainda a organização dos fluxos de alta hospitalar, a agilidade na tomada de decisão terapêutica e o monitoramento contínuo dos pacientes internados. Entre as estratégias adotadas para sustentação dos resultados, evidenciam-se o acompanhamento diário da média de permanência, a realização de discussões clínicas regulares, especialmente para casos complexos, e a revisão sistemática dos fluxos de alta, permitindo identificação precoce de possíveis gargalos e intervenção oportuna.

Conclui-se que a Clínica Médica mantém desempenho satisfatório e em plena conformidade com as metas institucionais, mesmo diante de variações mensais no indicador. O resultado reforça a solidez dos processos assistenciais e a capacidade da equipe em adaptar-se ao perfil dos pacientes, garantindo qualidade, segurança e eficiência no cuidado. Recomenda-se a continuidade das estratégias de monitoramento e gestão clínica, visando a manutenção da estabilidade do indicador e o aprimoramento contínuo dos processos assistenciais.

Gráfico 15: Média de Permanência da UTI Adulto



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Entretanto, no mês de março, observa-se uma redução expressiva do indicador para 0,93 dias, resultado obtido a partir de 80 pacientes-dia e 86 saídas. Embora, sob análise estritamente numérica, o valor permaneça amplamente abaixo da meta contratual, sua interpretação exige cautela técnica, uma vez que não reflete diretamente um ganho linear de eficiência assistencial. O desempenho positivo da unidade é sustentado pela dedicação técnica das equipes multidisciplinares, que demonstraram excelência no manejo de pacientes com necessidade de ventilação mecânica prolongada e desmame complexo de sedação. Como pontos fortes, destacam-se a precisão diagnóstica e a maturidade na condução de casos com indicação de teto terapêutico e cuidados paliativos proporcionais. A abordagem ética e humanizada nesses cenários permitiu uma assistência digna e tecnicamente adequada, mesmo diante de quadros clínicos que naturalmente demandam períodos de internação mais extensos devido ao rebaixamento do nível de consciência e à estabilização de sintomas.

A média de permanência hospitalar é um indicador estratégico que avalia a eficiência assistencial e a gestão de leitos, estando diretamente relacionada ao tempo médio de internação dos pacientes e à resolatividade clínica da unidade. Para o período analisado, a instituição possui como meta contratual o limite de até 7 dias, parâmetro compatível com o perfil assistencial de média e alta complexidade.

No mês de fevereiro, a média de permanência registrada foi de 5,8 dias, resultado que se manteve dentro do limite estabelecido, evidenciando adequada gestão do tempo de internação e coerência com o perfil clínico dos pacientes atendidos.

Essa variação decorre, principalmente, de uma mudança no perfil operacional da unidade, marcada pela reconfiguração do fluxo da UTI Adulto e utilização da unidade PSG em caráter contingencial. Nesse contexto, verificou-se elevado número de saídas em curto intervalo de tempo (78 saídas no Pronto Socorro Geral), associado a uma baixa média de permanência (0,32 dias), caracterizando atendimentos de curta duração, muitos inferiores a 24 horas.

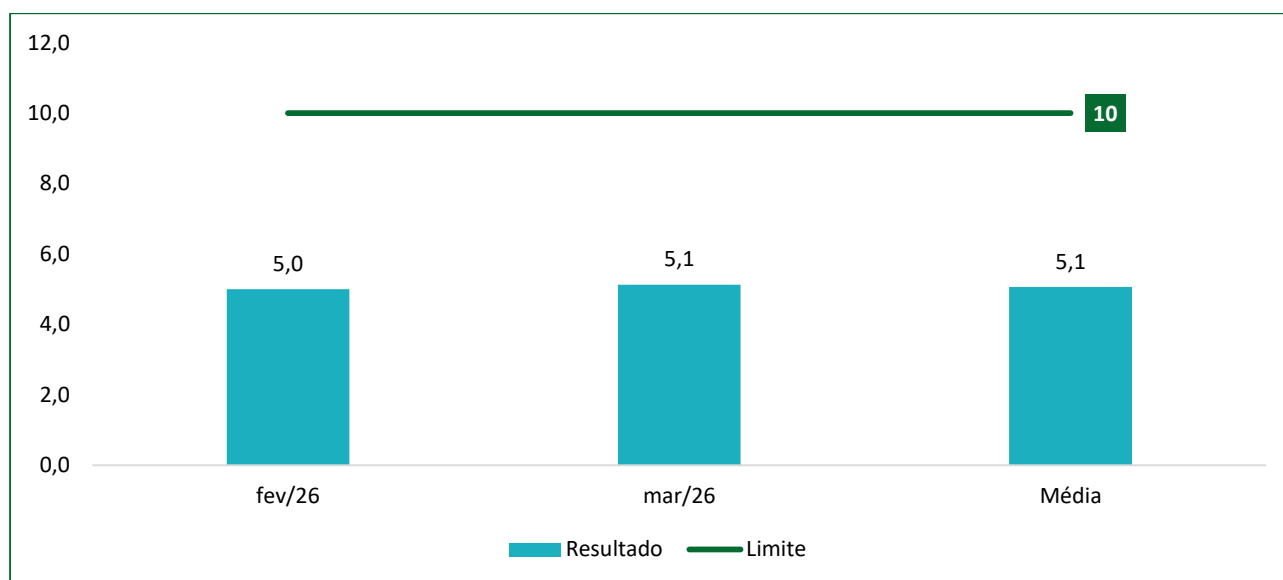
Em contrapartida, a Unidade Terapia Intensiva manteve comportamento compatível com sua complexidade, apresentando média de permanência de 6,88 dias, resultado este alinhado à meta institucional e ao perfil de pacientes críticos. Dessa forma, a média consolidada de 0,93 dias sofre impacto direto da inclusão de atendimentos de alta rotatividade, não sendo representativa, de forma isolada, da performance assistencial da terapia intensiva.

Como ponto positivo, destaca-se que, mesmo diante de um cenário de contingência estrutural, a unidade manteve controle efetivo do tempo de internação,

evitando prolongamentos desnecessários e garantindo fluidez no giro de leitos. No entanto, reforça-se a importância da análise estratificada dos indicadores, separando unidades com perfis assistenciais distintos, a fim de assegurar maior precisão na avaliação de desempenho.

Conclui-se que o resultado de março, embora esteja formalmente dentro da meta contratual, deve ser interpretado como reflexo de um cenário operacional atípico, sendo imprescindível sua contextualização para evitar conclusões equivocadas quanto à eficiência assistencial, preservando a fidedignidade da análise e a qualidade da informação institucional.

Gráfico 16: Média de Permanência da UTI Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período analisado, no mês de março, a unidade apresentou média de permanência de 5,1 dias, mantendo-se dentro da meta institucional estabelecida de até 10 dias, o que configura conformidade do indicador e evidencia adequada gestão do tempo de internação. No mês de fevereiro, a média registrada foi de 5,0 dias, demonstrando estabilidade do indicador, com discreta variação sem impacto negativo no desempenho assistencial.

A análise comparativa entre os períodos evidencia que a unidade mantém consistência na condução dos processos assistenciais, sustentando resultados abaixo do limite estabelecido, mesmo diante de oscilações naturais relacionadas ao perfil clínico dos pacientes. Destaca-se que, após períodos anteriores de maior complexidade assistencial, a unidade conseguiu manter o equilíbrio entre tempo

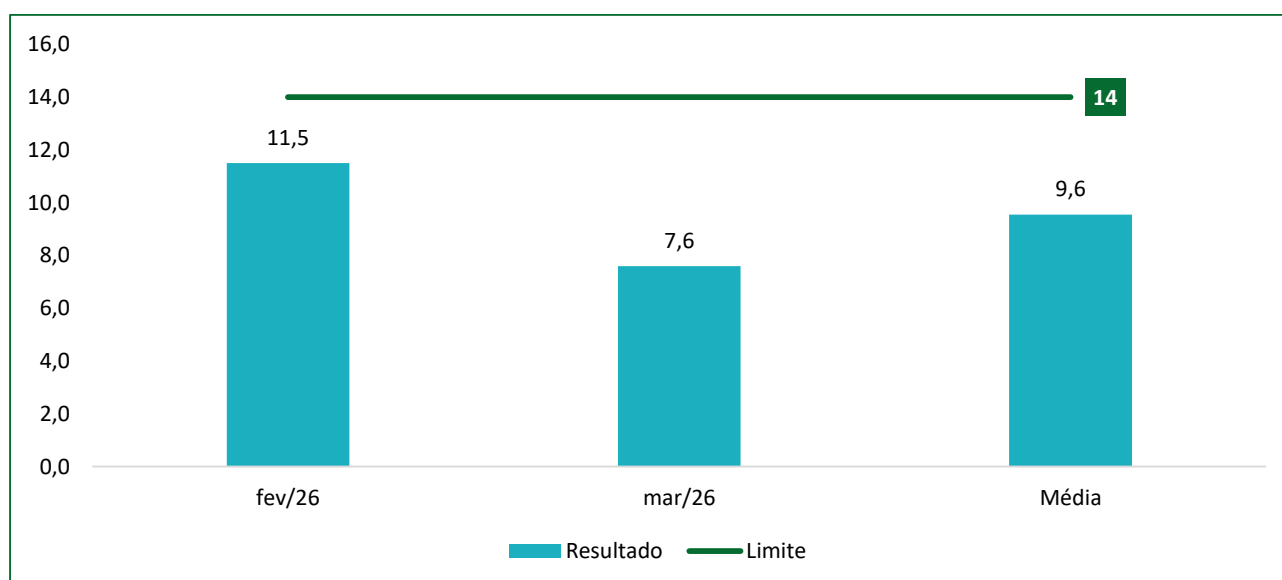
adequado de internação e resolutividade clínica, sem prolongamentos desnecessários.

Como pontos positivos, ressalta-se a atuação integrada da equipe multiprofissional, a assertividade nas condutas terapêuticas e a aplicação sistematizada dos protocolos de desospitalização segura, garantindo que o tempo de permanência seja compatível com a real necessidade clínica do paciente. A realização de rounds multidisciplinares, associada ao monitoramento contínuo do Censo Hospitalar, contribui diretamente para a identificação precoce de barreiras à alta, favorecendo maior fluidez no giro de leitos.

Adicionalmente, observa-se a manutenção de estratégias assistenciais voltadas à otimização do tempo de internação, sem prejuízo à segurança do paciente, reforçando o compromisso da unidade com a qualidade do cuidado e a sustentabilidade operacional. A estabilidade do indicador entre os meses analisados demonstra maturidade dos processos internos e capacidade de adaptação frente às variações do perfil assistencial.

Conclui-se que o resultado apresentado no mês de março reafirma a eficiência da gestão de leitos e a qualidade da assistência prestada, mantendo o indicador dentro dos parâmetros institucionais e consolidando uma prática assistencial segura, resolutiva e alinhada às diretrizes de desempenho hospitalar.

Gráfico 17: Média de Permanência da UTI Neonatal



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Apresentação dos dados do mês analisado:
No mês de março, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal registrou uma média de

permanência de 7,6 dias, calculada a partir dos dados assistenciais do período, mantendo-se dentro da meta contratual de até 14 dias. Foram identificados poucos casos de longa permanência que impactaram o indicador, destacando-se os seguintes pacientes:

Pacientes com longa permanência (>14 dias):

C. M. J. Simão (18 dias); T. M. Leite (17 dias).

Caso em análise (internação fragmentada):

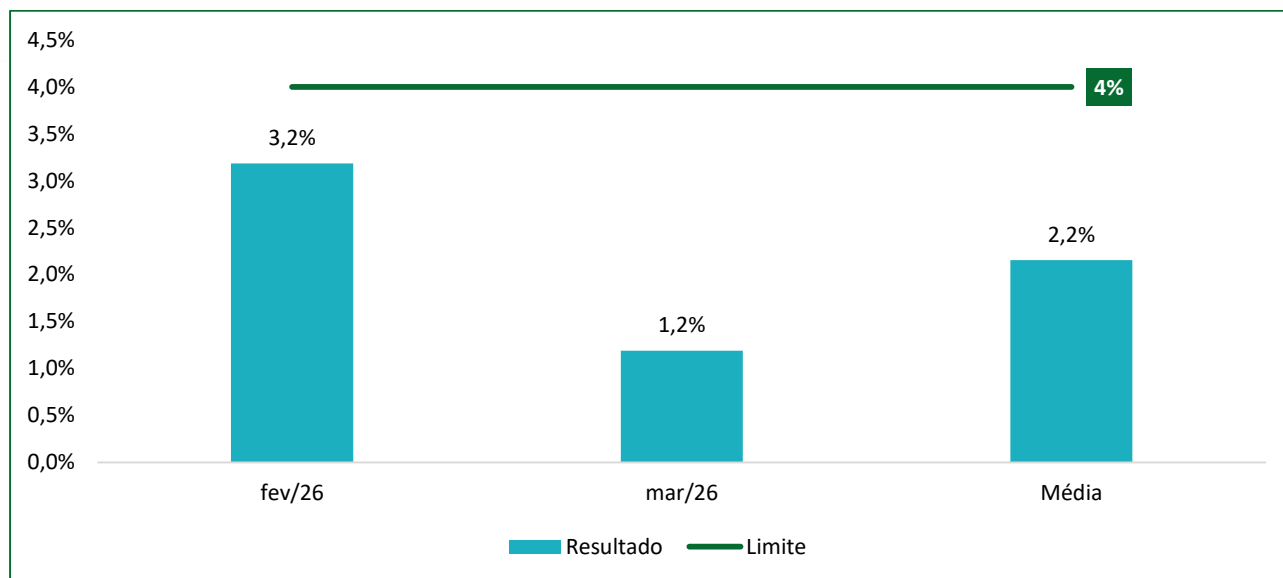
A. M. C. Matias (18 dias somados em períodos distintos).

No mês de fevereiro, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal registrou uma média de permanência de 11,16 dias, calculada a partir de 115 pacientes-dia e 10 saídas. Ao comparar com março (7,6 dias), observa-se uma redução importante no tempo médio de internação, reforçando a melhoria contínua do serviço. Em relação ao mês de janeiro, que apresentou média de 18,86 dias, a redução é ainda mais expressiva, evidenciando uma evolução consistente na gestão dos leitos e na condução clínica dos pacientes.

Os resultados positivos observados estão relacionados à maior rotatividade de leitos, redução de permanências prolongadas e otimização dos fluxos assistenciais. Destacam-se como estratégias eficazes: monitoramento contínuo do tempo de permanência, atuação multiprofissional mais integrada, antecipação de altas seguras e melhor gestão dos casos de menor complexidade, evitando internações desnecessariamente prolongadas. Apesar disso, ainda há impacto pontual de pacientes com maior tempo de internação, geralmente associados à gravidade clínica ou necessidade de cuidados prolongados.

No mês de março, a média de permanência foi de 7,6 dias, permanecendo dentro da meta contratual de 14 dias, demonstrando desempenho assistencial satisfatório e melhoria em relação aos meses anteriores. O resultado reforça a efetividade das estratégias adotadas pela equipe, mantendo o equilíbrio entre qualidade assistencial e gestão eficiente dos leitos, mesmo diante de casos isolados de longa permanência.

Gráfico 18: Taxa de Suspensão de Cirurgia



Fonte: Agendamento Cirúrgico HMA (2026)

No período de março de 2026, foram programadas 168 cirurgias, sendo 146 eletivas e 22 de urgência/emergência, com predominância da especialidade de Ortopedia. No mesmo período, foram registradas 02 suspensões cirúrgicas. A primeira, na especialidade de Ortopedia, ocorreu devido à dificuldade de intubação associada à anatomia do paciente, e a segunda, referente a procedimento de gastrostomia, foi motivada pela presença de bridas, impossibilitando a realização segura do procedimento.

Em comparação, no mês de fevereiro de 2026, foram programadas 157 cirurgias, sendo 135 eletivas e 22 de urgência/emergência, também com predominância da Ortopedia. Nesse período, foram registradas 05 suspensões cirúrgicas, correspondendo a um indicador de 3,18%, dentro da meta estabelecida de até 4%. Destas, 04 ocorreram na especialidade de Ginecologia e 01 em Ortopedia.

Na análise comparativa, observa-se aumento do volume cirúrgico no mês de março, associado a uma redução significativa no número de suspensões, passando de 05 para 02 ocorrências. Esse resultado evidencia maior eficiência na gestão do Centro Cirúrgico, com melhor organização dos processos assistenciais e maior previsibilidade na execução dos procedimentos.

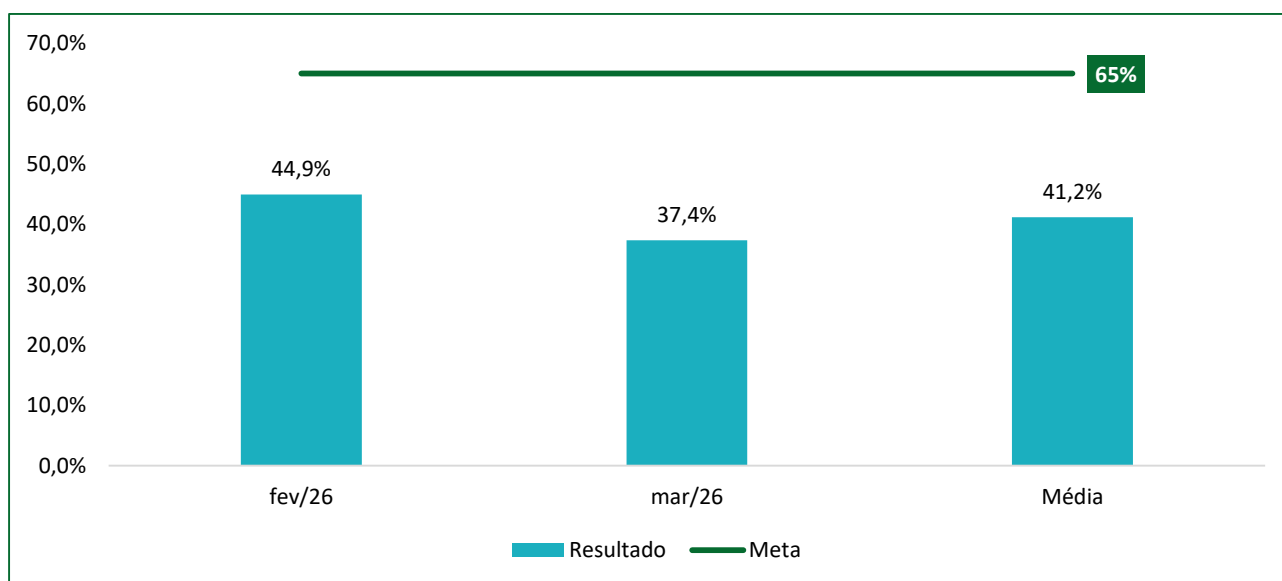
Como ponto positivo, destaca-se o monitoramento contínuo das suspensões cirúrgicas, com análise sistemática das causas e implementação de ações direcionadas. Entre as estratégias adotadas, evidenciam-se o alinhamento prévio entre Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e equipes assistenciais

quanto à disponibilidade de materiais, a conferência antecipada de instrumentais, a comunicação efetiva entre equipes multiprofissionais e o registro padronizado das ocorrências, garantindo rastreabilidade e suporte à tomada de decisão.

Apesar da melhora observada, a análise crítica dos motivos das suspensões em março demonstra que os eventos estiveram relacionados a condições clínicas e anatômicas dos pacientes, reforçando a importância do aperfeiçoamento contínuo da avaliação pré-operatória e estratificação de risco, especialmente em procedimentos eletivos, como estratégia para mitigação de intercorrências evitáveis.

Conclui-se que o desempenho do mês de março evidencia evolução positiva e consistente, com redução do índice de suspensões mesmo diante do aumento da produção cirúrgica. A manutenção desse resultado está diretamente relacionada à continuidade das estratégias implementadas, ao monitoramento sistemático dos indicadores e ao aprimoramento dos processos assistenciais, garantindo maior segurança ao paciente e eficiência operacional.

Gráfico 19: Proporção de Partos Vaginais



Fonte: Faturamento HMA (2026)

No mês de março de 2026, foram realizados 123 partos, sendo 46 partos vaginais, 72 cesarianas e 05 cesarianas com laqueadura, resultando em um percentual de aproximadamente 37,4% de partos vaginais. O resultado mantém-se abaixo da meta contratual estabelecida de 65%, caracterizando não conformidade do indicador no período analisado.

Em comparação, no mês de fevereiro de 2026, foram realizados 100 partos, sendo 44 por via vaginal e 56 por via cesariana, correspondendo a 44,0% de partos

vaginais. Observa-se, portanto, redução no percentual de partos vaginais no mês de março, associada a aumento do volume total de partos e maior proporção de intervenções cirúrgicas.

A análise comparativa evidencia uma tendência de manutenção do indicador abaixo da meta, com agravamento no mês de março, reforçando a necessidade de avaliação contínua do perfil assistencial e das condutas adotadas. A variação observada sugere impacto direto do aumento da complexidade dos casos atendidos, bem como possível ampliação de indicações clínicas para cesariana.

A não conformidade do indicador está relacionada, principalmente, ao perfil clínico das gestantes atendidas, com maior prevalência de condições que indicam a via cirúrgica, tais como intercorrências obstétricas, riscos materno-fetais e histórico obstétrico desfavorável ao parto vaginal. Soma-se a esse cenário a qualidade variável do acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde, especialmente em Unidades Básicas de Saúde, onde, em alguns casos, observa-se início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas, falhas na estratificação de risco gestacional e ausência de intervenções oportunas durante o acompanhamento.

Esses fatores contribuem diretamente para o encaminhamento de gestantes ao ambiente hospitalar já em condições clínicas mais complexas ou com intercorrências instaladas, reduzindo a possibilidade de condução segura ao parto vaginal. Além disso, o fluxo regulatório assistencial pode intensificar esse cenário ao direcionar para a unidade casos de maior gravidade e risco obstétrico, impactando diretamente no perfil das pacientes admitidas.

Dessa forma, o indicador reflete não apenas a assistência intra-hospitalar, mas também a integração entre os níveis de atenção, evidenciando a necessidade de fortalecimento das ações na rede básica, especialmente no que se refere à qualificação do pré-natal, detecção precoce de riscos e planejamento adequado da via de parto.

Apesar do não atingimento da meta, destaca-se como ponto positivo a capacidade assistencial da unidade em garantir desfechos seguros, com atuação eficaz das equipes multiprofissionais e adequada condução dos casos, respeitando critérios clínicos e de segurança materno-fetal. A unidade demonstra organização dos fluxos e prontidão para atendimento de demandas obstétricas de maior complexidade.

Como estratégia para melhoria do indicador, estão sendo intensificadas ações como o fortalecimento das boas práticas obstétricas, incentivo ao parto vaginal

seguro, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, além da realização de auditorias clínicas para avaliação criteriosa das indicações de cesariana. Destaca-se também a importância da educação permanente das equipes e do alinhamento com protocolos assistenciais atualizados.

Conclui-se que o resultado do mês de março reforça a necessidade de monitoramento contínuo e análise crítica do indicador, considerando o perfil assistencial da unidade. A busca pela melhoria do percentual de partos vaginais deve ocorrer de forma segura e baseada em critérios clínicos, garantindo a qualidade da assistência e a segurança do binômio materno-fetal.

Plano de Ação

Como plano de ação, define-se que será intensificada a qualificação da assistência obstétrica com foco na ampliação segura do percentual de partos vaginais, por meio do fortalecimento das boas práticas assistenciais e da integração entre os níveis de atenção. O que será feito envolve a implementação de auditorias clínicas sistemáticas para análise das indicações de cesarianas, o reforço dos protocolos institucionais de parto seguro, a ampliação do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e o incentivo à condução adequada do trabalho de parto. Por que será feito: para reduzir a taxa de cesarianas desnecessárias, melhorar o desempenho do indicador e garantir a segurança materno-fetal. Onde será feito: na unidade hospitalar, com articulação direta com a Atenção Primária à Saúde, especialmente as Unidades Básicas de Saúde. Quando será feito: de forma imediata e contínua, com monitoramento mensal dos resultados. Quem será responsável: equipe multiprofissional da Ginecologia e Obstetrícia, Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo Interno de Regulação e coordenação assistencial, em conjunto com a gestão da Atenção Primária.

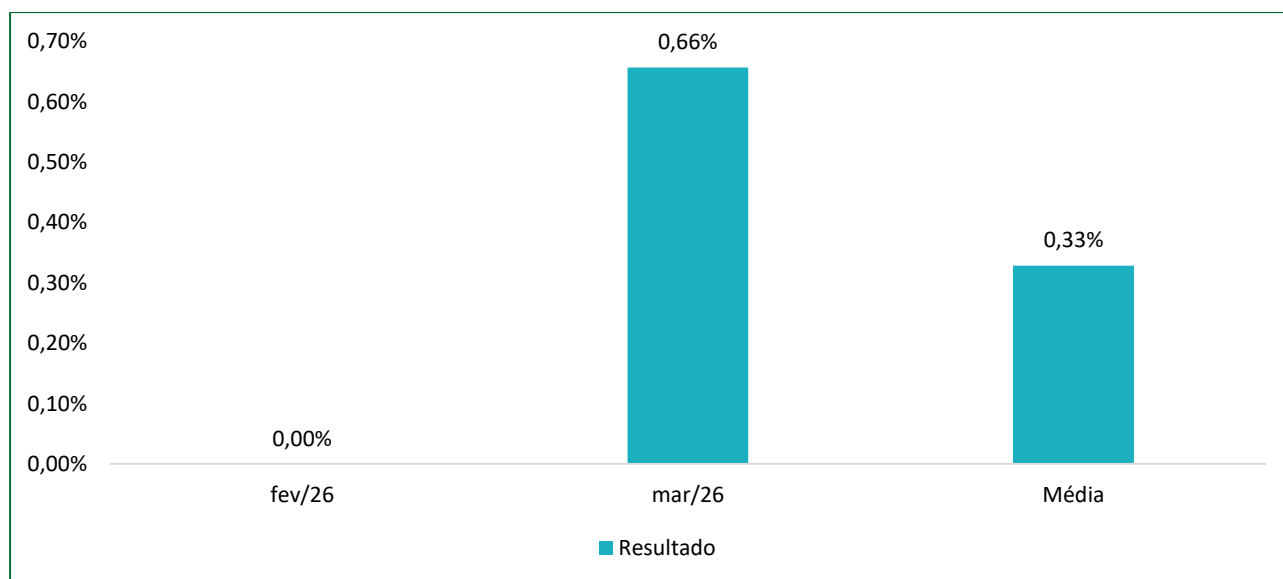
Como será feito: por meio de capacitações contínuas das equipes, revisão de fluxos assistenciais, monitoramento dos indicadores e reuniões periódicas de análise crítica dos casos. Quanto custará: sem impacto financeiro direto relevante, utilizando recursos humanos e estruturais já disponíveis na instituição. Quanto tempo será necessário: ação contínua, com reavaliações mensais e ajustes conforme necessidade. Como será monitorado: por meio do acompanhamento sistemático do indicador de parto vaginal, auditorias de prontuários, análise do perfil das gestantes atendidas e avaliação da qualidade do pré-natal realizado na rede básica.

Vale novamente destacar que em decorrência dos óbitos maternos recentemente ocorridos, o tema foi discutido conjuntamente com a Secretaria Municipal de Saúde no mês de fevereiro, oportunidade em que se destacou a crescente pressão, por parte de gestantes e familiares, para a realização de

cesariana dentro dos limites legais e assistenciais preconizados. Nessa perspectiva, reconhece-se o direito da gestante à participação ativa nas decisões sobre a via de parto, em consonância com os princípios de autonomia, informação e consentimento esclarecido previstos na legislação brasileira e em normativas éticas e sanitárias vigentes, sem, contudo, implicar violação da autonomia técnica e da responsabilidade profissional do médico na indicação da conduta mais segura e adequada ao binômio materno-fetal.

O acompanhamento e a avaliação da efetividade do plano serão realizados pelo setor de qualidade, por meio do monitoramento contínuo do indicador, da análise comparativa dos resultados mensais e do registro sistematizado das ações no Protocolo Interno nº 2026003906, visando à melhoria contínua da qualidade da assistência obstétrica, à segurança da paciente e à adequação das indicações de cesariana ao cenário epidemiológico e assistencial da unidade.

Gráfico 20: Taxa de Mortalidade Não Institucional



Fonte: Comissão Óbito Adulto (2026)

No período de março, foram registrados 04 óbitos não institucionais, correspondendo a uma taxa de 0,66%, considerando um total de 609 saídas hospitalares. O resultado representa uma piora em relação ao desempenho observado em fevereiro, quando a unidade atingiu 0% de mortalidade com 576 saídas, evidenciando, naquele período, excelência operacional e efetividade das barreiras assistenciais.

Os casos de março envolvem pacientes com perfil clínico de alta complexidade e gravidade, incluindo condições como sepse grave, choque séptico

e comorbidades relevantes — como doença renal crônica dialítica associada à infecção por *Clostridium difficile*. A análise individualizada dos casos (A.V.S.G., E.G., F.J.O.O. e M.G.P.) demonstra que os desfechos estão predominantemente relacionados à gravidade clínica no momento da admissão, associada à rápida evolução desfavorável.

Entretanto, identifica-se a necessidade de fortalecimento de pontos críticos do processo assistencial, especialmente no que se refere à identificação precoce de deterioração clínica, tempo-resposta das equipes e intensificação das intervenções nas primeiras horas de atendimento, período este reconhecidamente determinante para reversão de quadros graves.

P (PLAN) – Planejamento

- Objetivo: Reduzir a taxa de mortalidade não institucional, com ênfase na reversão de quadros críticos nas primeiras horas de atendimento.
- Meta: Reduzir a ocorrência de óbitos em pacientes com tempo inferior a 24 horas de admissão.
- Estratégias:
- Reforçar protocolos institucionais de identificação precoce de sepse e choque séptico;
- Implantar gatilhos assistenciais para resposta rápida (Early Warning Score – MEWS/NEWS);
- Priorizar atendimento imediato a pacientes com sinais de instabilidade hemodinâmica.

D (DO) – Execução

- Aplicação sistemática dos protocolos assistenciais para manejo de sepse e suporte avançado de vida;

- Atuação integrada da equipe multidisciplinar em casos de alta complexidade;
- Monitoramento contínuo de pacientes críticos desde a admissão;
- Encaminhamento oportuno para unidades de maior complexidade, conforme indicação clínica.

S (STUDY) – Estudo e Análise

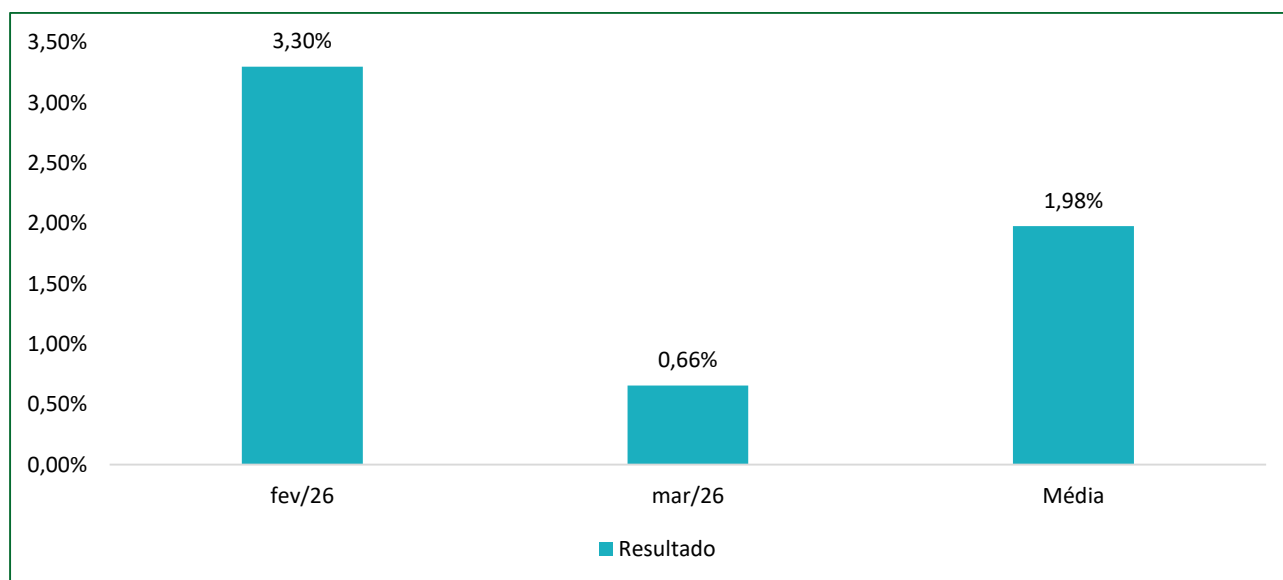
- Resultado Obtido: 04 óbitos não institucionais (Não Conforme).
- Perfil dos Casos:
- Predomínio de pacientes idosos (57 a 71 anos);
- Presença de comorbidades significativas;
- Diagnósticos associados a infecções graves e disfunção orgânica (sepsis/choque séptico).
- Análise Crítica:
- Evidência de alta gravidade clínica na admissão como fator determinante para os desfechos;
- Identificação de oportunidade de melhoria na janela assistencial inicial (golden hour);
- Necessidade de fortalecimento da resposta rápida institucional e maior padronização das condutas iniciais.

A (ACT) – Ação / Padronização

- Intensificar treinamentos em protocolo de sepsis e suporte avançado de vida;

- Implantar e/ou consolidar ferramentas de alerta precoce (MEWS/NEWS) para identificação de deterioração clínica;
- Instituir rounds multidisciplinares diários com foco em pacientes críticos;
- Monitorar rigorosamente indicadores de processo, especialmente tempo para início de antibiótico, reposição volêmica e suporte vasoativo;
- Implementar análise sistemática de óbitos com foco em melhoria contínua, garantindo abordagem não punitiva e orientada à segurança do paciente.

Gráfico 21: Taxa de Mortalidade Institucional



Fonte: Comissão Óbito Adulto (2026)

No período de março, foram registrados 04 óbitos institucionais, correspondendo a uma taxa global de 0,66%, considerando 609 saídas hospitalares.

- **UTI Geral:** 03 óbitos / 86 saídas
- **Taxa de mortalidade:** 3,49%
- **Clínica Médica:** m01 óbito / 146 saídas
- **Taxa de mortalidade:** 0,68%

Observa-se que a UTI Geral concentrou 75% dos óbitos do período, apresentando uma taxa de 3,49%, o que é compatível com o perfil de pacientes críticos, caracterizados por alta gravidade, instabilidade hemodinâmica e múltiplas comorbidades. Apesar disso, nota-se uma redução importante quando comparado ao mês de fevereiro (22,2%), evidenciando melhora significativa na condução dos casos críticos.

Na Clínica Médica, a taxa de 0,68% demonstra baixo impacto na mortalidade institucional, mantendo-se dentro de um padrão esperado para pacientes com doenças crônicas e condições clínicas complexas. O único óbito registrado está associado a condições de baixa reversibilidade, sem indicativos de falha assistencial.

Ao comparar com fevereiro (**3,30% global**), março apresenta uma **redução expressiva da mortalidade institucional**, com destaque para:

- **Melhora significativa na UTI**, indicando maior efetividade nas intervenções críticas;
- **Estabilidade na Clínica Médica**, mantendo segurança assistencial;
- **Ausência de impacto relevante de setores como neonatal e cirúrgico**, diferentemente do mês anterior.

Esse cenário reforça a efetividade das ações assistenciais implementadas e maior controle sobre os desfechos clínicos.

P (PLAN) – Planejamento

- **Objetivo:** Reduzir a mortalidade institucional com foco nos setores críticos (UTI).
- **Meta:** Manter mortalidade global < 1%;
- Reduzir progressivamente a mortalidade da UTI.
- **Estratégias:** Fortalecer protocolos de manejo do paciente crítico;

- Intensificar identificação precoce de deterioração clínica;
- Otimizar tempo-resposta em situações de instabilidade.

D (DO) – Execução

- Aplicação rigorosa dos protocolos assistenciais na UTI e enfermarias;
- Atuação multidisciplinar intensiva nos pacientes críticos;
- Monitoramento contínuo com foco em sinais precoces de agravamento;
- Suporte avançado instituído de forma precoce.

S (STUDY) – Estudo e Análise

- **Resultado Global: 0,66% (Melhora significativa – Conforme)**
- **UTI Geral: 3,49% (redução importante vs. mês anterior)**
- **Clínica Médica: 0,68% (dentro do esperado)**

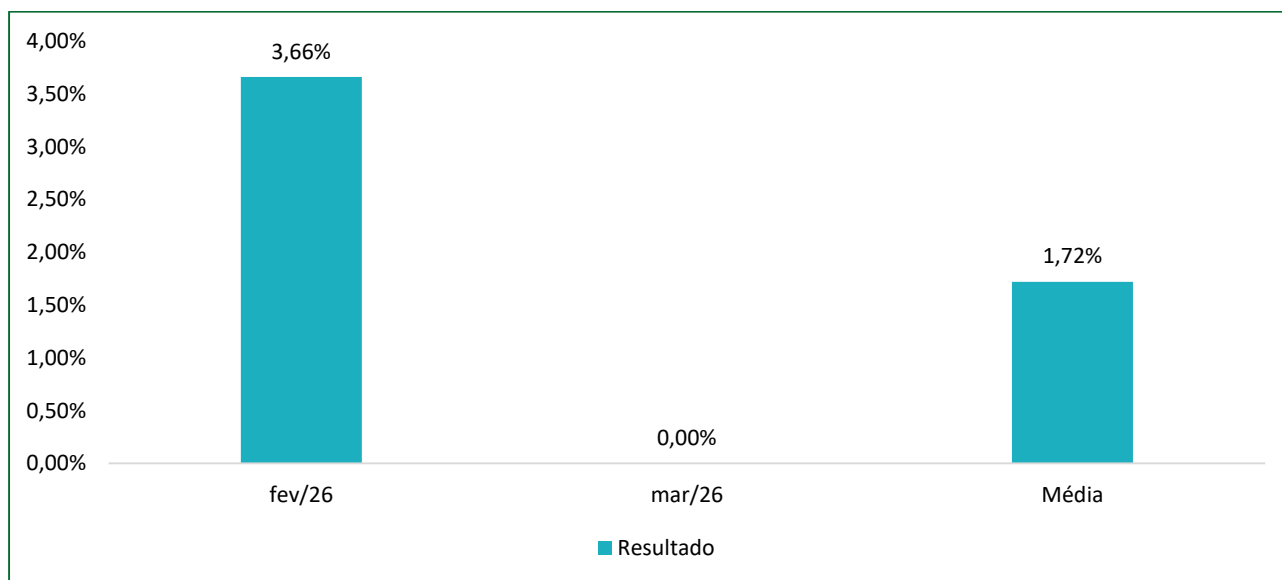
Análise Crítica:

- Concentração dos óbitos em ambiente de alta complexidade (esperado);
- Redução expressiva da mortalidade na UTI sugere maior efetividade assistencial;
- Perfil dos pacientes indica predominância de condições graves e baixa reversibilidade.

A (ACT) – Ação / Padronização

- Consolidar boas práticas assistenciais implementadas na UTI;
- Manter educação continuada focada em pacientes críticos;
- Intensificar rounds multidisciplinares diários;
- Monitorar indicadores de processo (tempo de intervenção, início de terapias);
- Manter análise sistemática dos óbitos com foco em melhoria contínua.

Gráfico 22: Taxa de Mortalidade Materno/Infantil



Fonte: Comissão de óbito (2026)

A análise dos indicadores de mortalidade do mês de fevereiro revela um cenário de alta complexidade clínica e vulnerabilidade social entre as pacientes assistidas. No que tange aos óbitos institucionais neonatais, registramos o total de 6 ocorrências, o que representa uma taxa de 3,51% sobre o universo de 171 saídas hospitalares deste público. Ao decompor esses dados, observa-se que quatro desses óbitos ocorreram no No período de março, a instituição apresentou **0 óbitos maternos e 0 óbitos neonatais**, mantendo ambos os indicadores **zerados**, o que evidencia elevado desempenho assistencial e efetividade dos protocolos institucionais.

Esse resultado demonstra a **capacidade da equipe em atuar de forma precoce e resolutiva**, garantindo a segurança da gestante e do recém-nascido, mesmo diante de potenciais situações de risco.

Em fevereiro, foi registrado um cenário de maior impacto, com:

- **06 óbitos neonatais / 171 saídas (3,51%)**
- **02 óbitos fetais (1,08%)**
- **0 óbitos maternos**

Os casos neonatais estiveram associados a condições de extrema gravidade, como:

- Prematuridade extrema;
- Malformações congênitas graves;
- Corioamnionite em gestação inviável;
- Fatores externos relevantes (uso de substâncias psicoativas e pré-natal inadequado).

A análise evidenciou que os desfechos foram influenciados principalmente por condições prévias à admissão, não estando relacionados a falhas assistenciais intra-hospitalares.

A evolução para **0% de mortalidade materna e neonatal em março** indica:

- Manutenção da qualidade assistencial;
- Efetividade dos protocolos obstétricos e neonatais;
- Possível redução de admissões com gravidade extrema;
- Resposta eficiente das equipes frente a intercorrências.

Ainda assim, reforça-se a necessidade de vigilância contínua, especialmente considerando o impacto de fatores externos sobre esse perfil de indicador.

P (PLAN) – Planejamento

- **Objetivo:** Manter a taxa de mortalidade materna e neonatal em 0%, assegurando assistência segura e resolutiva.
- **Meta:** Zero óbitos maternos e neonatais evitáveis.
- **Estratégias:**
 - Fortalecer protocolos de urgência e emergência obstétrica e neonatal;
 - Intensificar a identificação precoce de risco materno-fetal;
 - Aprimorar fluxos assistenciais para atendimento imediato no CCO e UTI Neonatal;
 - Reforçar integração com a rede básica para qualificação do pré-natal.

D (DO) – Execução

- Aplicação rigorosa dos protocolos assistenciais obstétricos e neonatais;
- Atuação integrada entre CCO, UTI Neonatal e equipes multiprofissionais;
- Monitoramento contínuo de gestantes e recém-nascidos de risco;
- Atendimento ágil em situações de emergência obstétrica.

S (STUDY) – Estudo e Análise

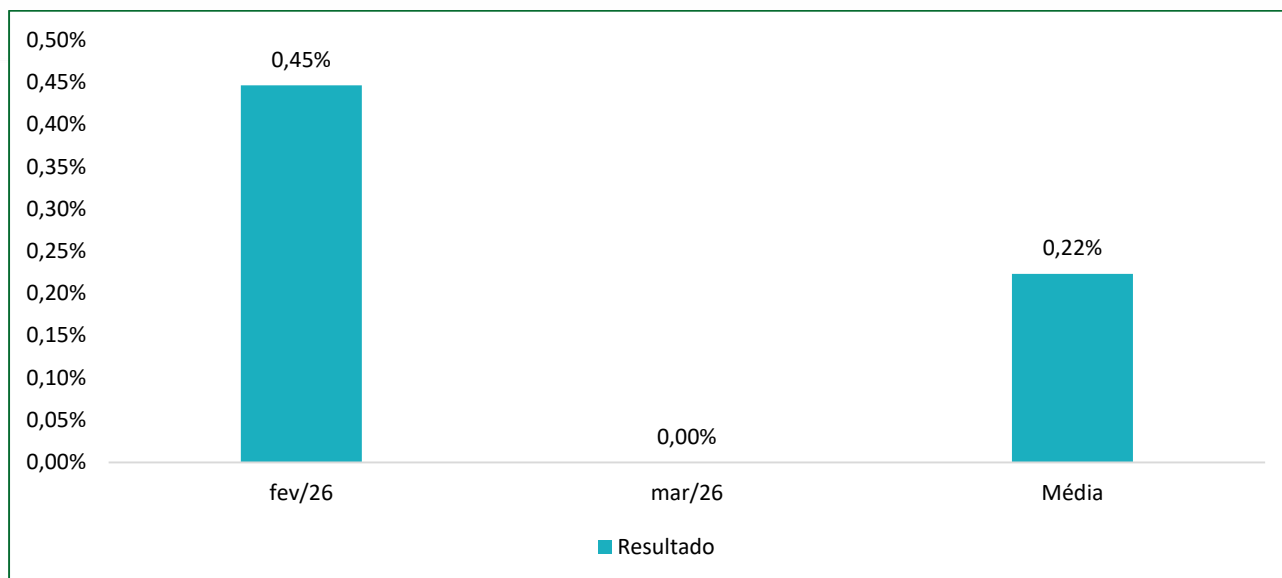
- **Resultado Obtido:** 0 óbitos maternos e 0 óbitos neonatais (Conforme).
- **Análise Crítica:**

- Indicador atingido com excelência;
- Comparado ao mês anterior, houve redução total da mortalidade neonatal;
- Resultados sugerem efetividade assistencial associada a menor gravidade dos casos admitidos;
- Manutenção da mortalidade materna zerada reforça segurança na assistência obstétrica.

A (ACT) – Ação / Padronização

- Manter e padronizar as boas práticas assistenciais implementadas;
- Intensificar treinamentos periódicos em emergências obstétricas e reanimação neonatal;
- Fortalecer a comunicação e integração com a atenção básica (pré-natal);
- Manter monitoramento contínuo dos indicadores;
- Realizar análise sistemática dos casos críticos para prevenção de eventos futuros.

Gráfico 23: Taxa de Mortalidade Cirúrgica



Fonte: Comissão de óbito adulto (2026)

No período de março, foram realizados procedimentos cirúrgicos **sem registro de óbitos**, resultando em uma taxa de mortalidade cirúrgica de **0%**.

Esse resultado evidencia **elevado nível de segurança assistencial no ambiente cirúrgico**, refletindo a efetividade dos protocolos perioperatórios, adequada seleção de pacientes e atuação integrada das equipes envolvidas no cuidado cirúrgico.

Em fevereiro, foram realizados **224 procedimentos cirúrgicos**, com registro de **01 óbito**, correspondendo a uma taxa de **0,45%**.

A análise histórica demonstrou **estabilidade no indicador**, uma vez que o mesmo número de óbitos (01 caso) já havia sido observado no mês anterior, indicando manutenção do controle assistencial, mesmo diante de variações no volume cirúrgico.

A evolução de **0,45% em fevereiro para 0% em março** demonstra uma **melhora no desempenho assistencial**, consolidando o ambiente cirúrgico como área de **baixo risco para desfechos críticos**.

O óbito registrado em fevereiro apresentou caráter isolado, sem evidência de padrão ou recorrência, reforçando que os eventos estão mais associados a condições clínicas específicas do paciente do que a falhas sistêmicas.

- O resultado de março reforça:

- Segurança nos processos cirúrgicos;
- Efetividade na avaliação pré-operatória;
- Adequado manejo intra e pós-operatório;
- Baixa incidência de eventos adversos graves.

P (PLAN) – Planejamento

- **Objetivo:** Manter a taxa de mortalidade cirúrgica em 0%, garantindo segurança em todas as etapas do cuidado perioperatório.
- **Meta:** Zero óbitos cirúrgicos evitáveis.
- **Estratégias:**
 - Fortalecer protocolos de avaliação pré-operatória (estratificação de risco);
 - Garantir adesão ao checklist de cirurgia segura;
 - Intensificar monitoramento de pacientes no pós-operatório imediato.

D (DO) – Execução

- Aplicação rigorosa dos protocolos de cirurgia segura;
- Atuação integrada entre equipe cirúrgica, anestesia e enfermagem;
- Monitoramento contínuo no pós-operatório;
- Identificação precoce de complicações cirúrgicas.

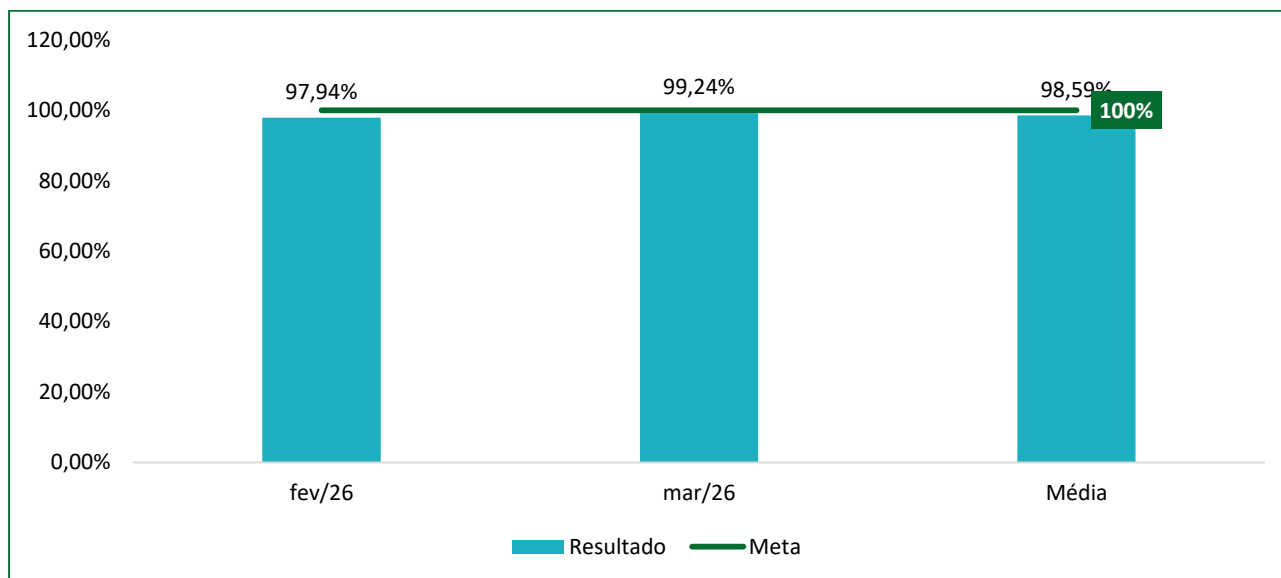
S (STUDY) – Estudo e Análise

- **Resultado Obtido:** 0 óbitos (**Conforme**).
- **Análise Crítica:**
 - Redução da mortalidade em relação ao mês anterior (0,45% → 0%);
 - Ausência de eventos críticos indica alta confiabilidade dos processos;
 - Indicador compatível com padrões elevados de qualidade e segurança assistencial.

A (ACT) – Ação / Padronização

- Manter e padronizar os protocolos de cirurgia segura;
- Reforçar treinamentos periódicos das equipes;
- Monitorar continuamente indicadores cirúrgicos;
- Realizar análise sistemática de eventos adversos (quando ocorrerem);
- Consolidar cultura de segurança no ambiente cirúrgico.

Gráfico 24: Taxa de Classificação de Risco



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O indicador avalia o percentual de pacientes atendidos nos prontos-socorros que passaram pelo processo de classificação de risco, sendo calculado pela razão entre o total de atendimentos classificados e o total de atendimentos realizados, multiplicado por 100, tendo como meta contratual o alcance de 100% dos atendimentos classificados. No mês de março de 2026, foram realizados 11.581 atendimentos, dos quais 11.493 foram devidamente classificados no sistema, resultando em desempenho de 99,24%, valor próximo à meta estabelecida, porém ainda caracterizando não conformidade. Foram registrados 88 atendimentos como não classificados, correspondendo a 0,76% do total.

Em comparação ao mês de fevereiro de 2026, observa-se evolução no indicador, uma vez que naquele período foram registrados 7.294 atendimentos, com 7.144 classificados, resultando em desempenho de 97,94%. Dessa forma, verifica-se incremento de aproximadamente 1,30 pontos percentuais no mês de março, evidenciando melhoria no processo assistencial relacionado à classificação de risco.

A análise dos fatores que contribuíram para o não atingimento da meta demonstra que, apesar da melhora no desempenho global, ainda persistem fragilidades operacionais que impactam a totalidade dos registros. Destaca-se, no período analisado, a ocorrência de instabilidades no sistema eletrônico Tasy, decorrentes de falhas no provedor de internet, o que comprometeu, em momentos pontuais, o registro oportuno da classificação de risco no sistema. Adicionalmente, a elevada demanda assistencial nos setores de urgência e emergência pode ter contribuído para perdas pontuais de registro, especialmente em situações de

atendimento imediato, nas quais a priorização clínica se sobrepõe ao registro sistêmico.

A análise estratificada por unidade assistencial evidencia que o Pronto Atendimento Infantil apresentou 7.783 atendimentos, com 69 não classificados, o Pronto Socorro Obstétrico registrou 1.105 atendimentos, com 2 não classificados, e o Pronto Socorro Geral totalizou 2.693 atendimentos, com 17 não classificados. Esses dados demonstram que, embora o processo esteja amplamente consolidado, ainda existem oportunidades de melhoria relacionadas à integralidade dos registros.

Dessa forma, conclui-se que o indicador apresenta desempenho satisfatório e evolução positiva em relação ao mês anterior, com elevado grau de adesão ao protocolo de classificação de risco. Entretanto, o não atingimento da meta integral reforça a necessidade de fortalecimento das estratégias voltadas à garantia de 100% de registros, com foco na estabilidade dos sistemas de informação, na padronização dos fluxos assistenciais e no monitoramento contínuo do processo, assegurando maior confiabilidade dos dados e conformidade com os parâmetros contratuais estabelecidos

Plano de Ação

Com o objetivo de garantir o atingimento de 100% do indicador de classificação de risco nos atendimentos de urgência e emergência, será implementado um plano de ação estruturado. A ação consiste no fortalecimento do registro integral da classificação de risco no sistema eletrônico, assegurando que todos os pacientes atendidos sejam devidamente classificados. A iniciativa se faz necessária devido à identificação de registros não classificados, mesmo diante de desempenho global satisfatório, o que mantém o indicador em não conformidade com a meta contratual.

A execução ocorrerá em todos os setores de pronto atendimento da instituição, incluindo Pronto Atendimento Infantil, Pronto Socorro Obstétrico e Pronto Socorro Geral, abrangendo integralmente os pontos de entrada de pacientes. O público envolvido compreende as equipes de enfermagem responsáveis pelo acolhimento e classificação de risco, além do suporte da equipe de tecnologia da informação.

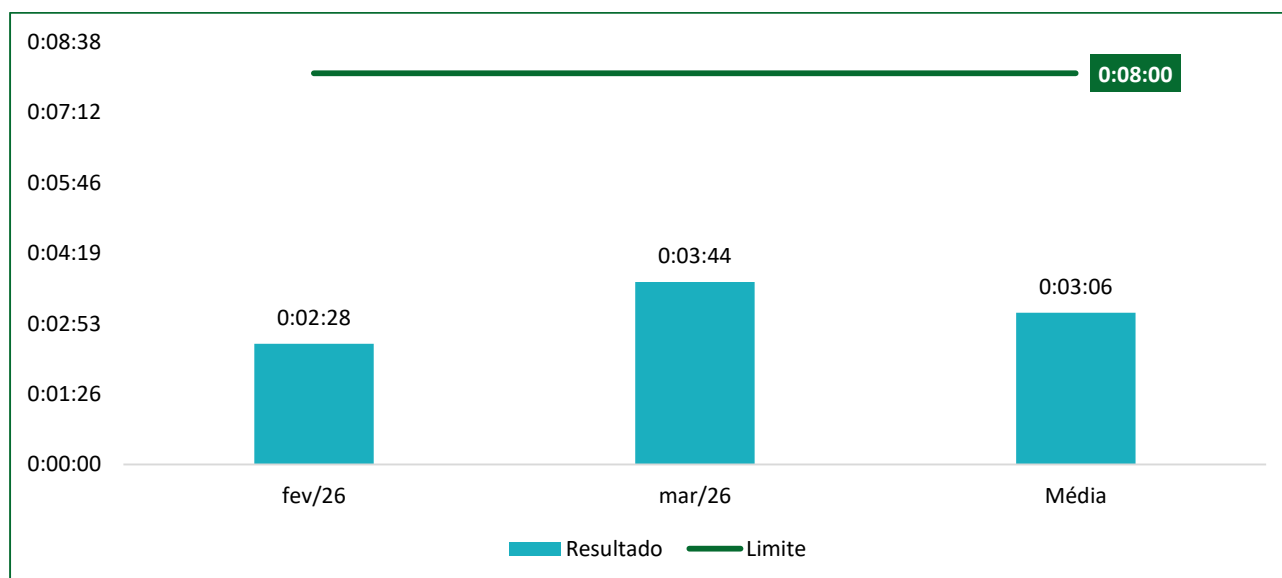
A implementação será iniciada de forma imediata, com monitoramento contínuo e avaliações periódicas ao longo das competências subsequentes, garantindo acompanhamento sistemático dos resultados. A responsabilidade pela condução das ações será compartilhada entre a coordenação de enfermagem, o

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e o setor de tecnologia da informação.

Como estratégia, será realizado o reforço das orientações junto às equipes assistenciais quanto à obrigatoriedade do registro em sistema, mesmo em situações de instabilidade, com posterior inserção retroativa quando necessário. Também será promovida a capacitação contínua dos profissionais, além da implantação de rotinas de auditoria diária dos atendimentos não classificados, permitindo atuação imediata sobre as inconsistências identificadas. Paralelamente, serão adotadas medidas para mitigação de falhas sistêmicas, com acompanhamento do desempenho do sistema eletrônico e alinhamento com o provedor para maior estabilidade do acesso.

A execução do plano não demandará recursos financeiros adicionais, sendo realizada com a estrutura já existente na instituição, por meio de reorganização de processos e otimização das rotinas de trabalho. Como resultado esperado, projeta-se o alcance de 100% de atendimentos classificados, maior confiabilidade dos registros assistenciais e plena conformidade com as metas contratuais, fortalecendo a qualidade e a segurança do cuidado prestado.

Gráfico 25: Tempo Médio de espera para Classificação de Risco



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O indicador de tempo médio de espera para classificação de risco geral, cuja meta contratual estabelece o limite de até 8 minutos (00:08:00), demonstra desempenho altamente satisfatório e plenamente aderente ao parâmetro estabelecido. No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:03:44, posicionando-se significativamente abaixo do limite máximo permitido,

utilizando aproximadamente 47% do tempo preconizado. Esse resultado evidencia elevada eficiência no processo de acolhimento e classificação de risco, garantindo acesso rápido e seguro à avaliação inicial dos pacientes.

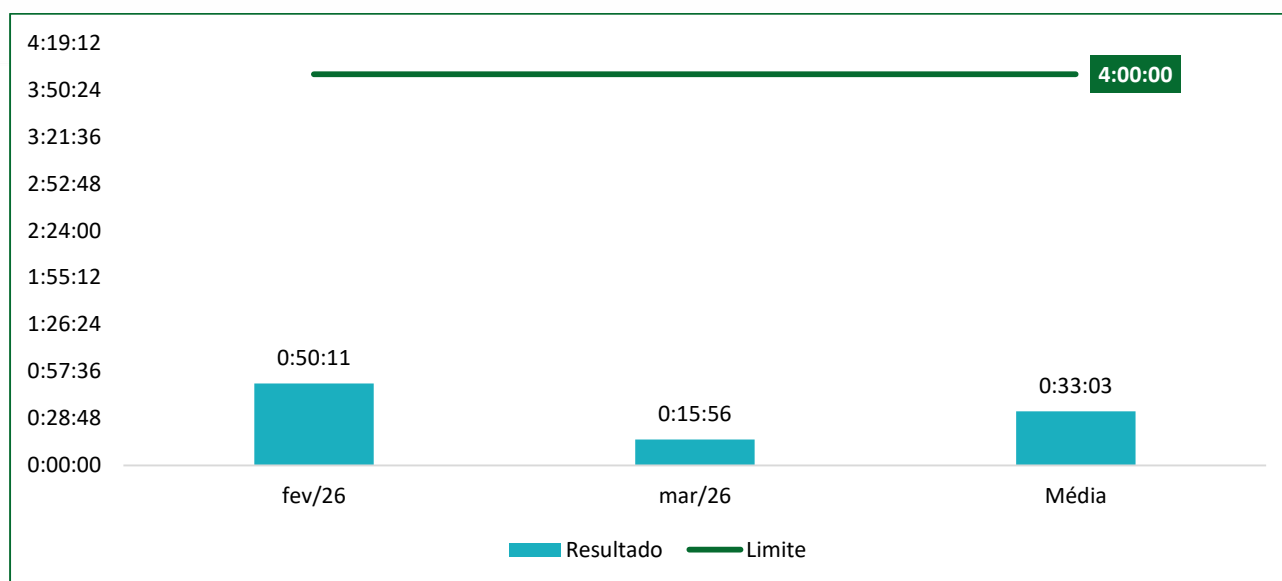
No total, foram realizados 11.581 atendimentos, distribuídos entre os setores assistenciais. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) concentrou o maior volume, com 7.783 pacientes, e apresentou tempo médio de 00:02:30, demonstrando excelente desempenho, com fluxo ágil e bem estruturado desde a chegada do paciente até a classificação. O Pronto Socorro Obstétrico (PSO), com 1.105 atendimentos, também apresentou resultado bastante positivo, com tempo médio de 00:02:23, reforçando a efetividade do processo assistencial neste setor.

O Pronto Socorro Geral (PSG), por sua vez, registrou 2.693 atendimentos com tempo médio de 00:07:49, sendo o maior tempo entre os setores analisados e mais próximo do limite contratual. Ainda assim, mantém-se dentro da meta estabelecida, evidenciando conformidade, embora sinalize maior pressão assistencial possivelmente relacionada ao maior volume de demanda espontânea e à complexidade dos casos atendidos. Esse cenário sugere a importância de monitoramento contínuo e avaliação de fluxos, visando oportunidades de otimização e maior equilíbrio entre os setores.

De forma geral, mesmo com a variabilidade observada, o desempenho institucional permanece sólido e consistente, com todos os setores dentro da conformidade contratual e ampla margem de segurança no resultado global. A manutenção de um tempo médio inferior a 4 minutos para classificação de risco demonstra maturidade dos processos de acolhimento, adequada organização das equipes e efetividade na gestão da porta de entrada.

Em síntese, o indicador reflete excelência operacional e qualidade assistencial, assegurando rapidez na identificação do grau de risco dos pacientes e contribuindo diretamente para a priorização adequada dos atendimentos. Recomenda-se a continuidade do monitoramento sistemático, especialmente no PSG, com foco na redução da variabilidade e na sustentação dos resultados alcançados.

Gráfico 26: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Azul/Não Urgente



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O indicador que monitora o tempo médio de atendimento médico para pacientes classificados como Azul (Não Urgente), cuja meta assistencial estabelece tempo máximo de espera de até 4 horas (04:00:00), demonstra desempenho altamente satisfatório e amplamente dentro dos parâmetros preconizados. No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:15:56, resultado significativamente inferior ao limite estabelecido, representando aproximadamente 6,6% do tempo máximo permitido. Esse desempenho evidencia elevada eficiência na gestão do fluxo assistencial, mesmo considerando que pacientes dessa classificação possuem menor prioridade clínica.

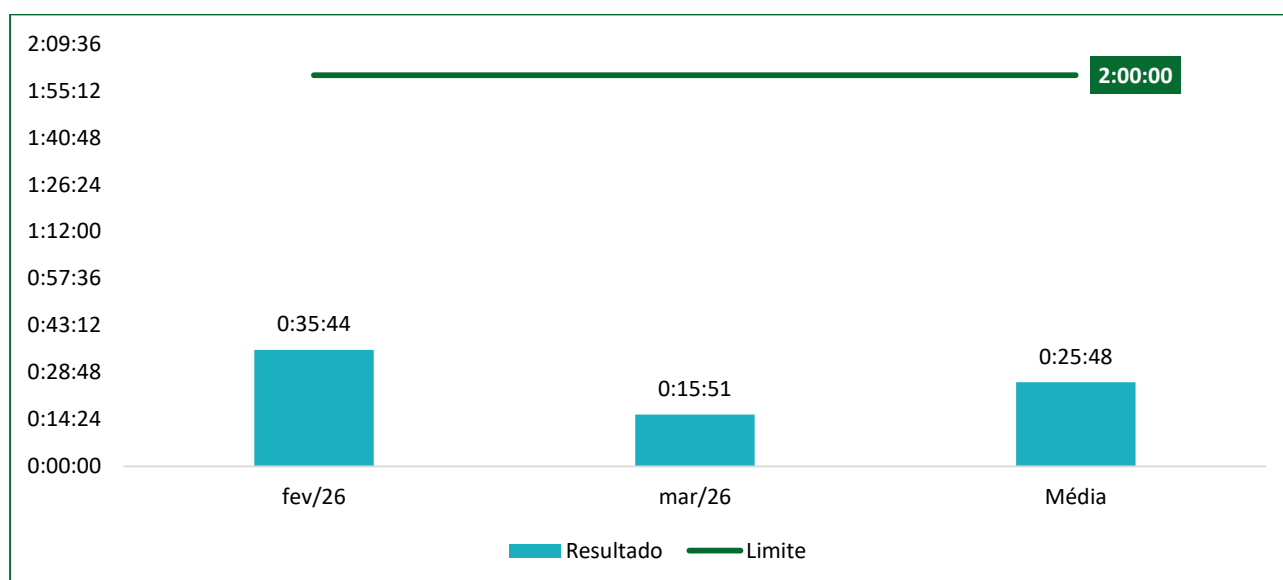
Foram atendidos, no total, 769 pacientes classificados como azul, distribuídos entre os setores assistenciais. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) realizou 304 atendimentos, com tempo médio de 00:06:01, destacando-se pelo excelente desempenho e rapidez no atendimento, refletindo um fluxo altamente eficiente e bem estruturado. O Pronto Socorro Obstétrico (PSO) atendeu 146 pacientes, apresentando tempo médio de 00:10:50, também mantendo um desempenho bastante satisfatório e muito abaixo do limite estabelecido.

O Pronto Socorro Geral (PSG), por sua vez, registrou 319 atendimentos com tempo médio de 00:27:44, sendo o maior tempo entre os setores analisados. Apesar disso, o resultado permanece amplamente dentro da meta de até 4 horas, indicando conformidade e capacidade de absorção da demanda, ainda que com possibilidade de otimização dos fluxos internos para redução dessa variação.

De forma geral, observa-se que, mesmo com diferenças entre os setores, todos os tempos médios encontram-se muito abaixo do limite máximo permitido, com ampla margem de segurança. Esse cenário demonstra que a instituição consegue organizar de forma eficiente o atendimento dos pacientes não urgentes, sem comprometer os fluxos destinados aos casos de maior gravidade.

Em síntese, o indicador apresenta desempenho de excelência, evidenciando não apenas o cumprimento da meta estabelecida, mas uma atuação altamente eficiente, com tempos de espera reduzidos e boa gestão da demanda. Recomenda-se a manutenção das estratégias adotadas e o monitoramento contínuo, especialmente no PSG, visando maior uniformidade entre os setores e sustentação dos resultados alcançados.

Gráfico 27: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Verde/Pouco Urgente



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

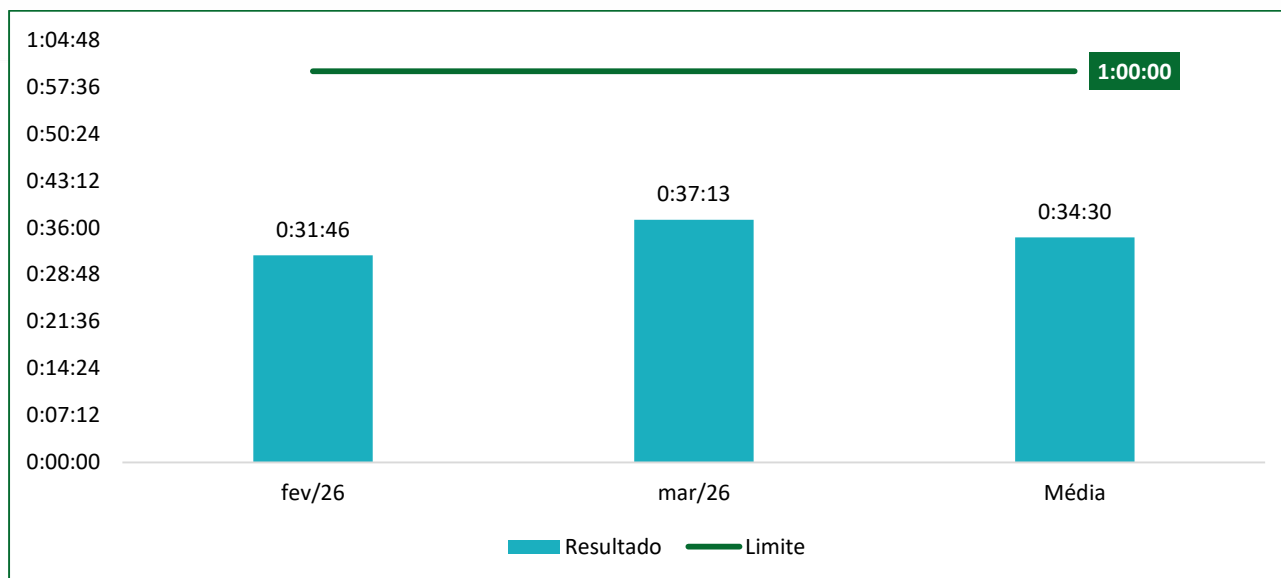
O indicador que monitora o tempo médio de atendimento médico para pacientes classificados como Verde (Pouco Urgente), cuja meta assistencial preconiza tempo de espera de até 2 horas (02:00:00), demonstra desempenho extremamente satisfatório e amplamente aderente ao parâmetro estabelecido. No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:15:51, resultado significativamente inferior ao limite máximo, representando apenas cerca de 13% do tempo permitido. Esse desempenho evidencia elevada eficiência operacional e excelente capacidade de gestão do fluxo assistencial, mesmo diante de um volume expressivo de 8.392 pacientes classificados nessa categoria.

A análise por setor reforça esse cenário positivo. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) concentrou o maior volume de atendimentos, com 5.989 pacientes, e apresentou o melhor desempenho, com tempo médio de 00:11:58, demonstrando alta resolutividade, fluidez no atendimento e adequado dimensionamento de equipe. O Pronto Socorro Geral (PSG), com 1.666 atendimentos, registrou tempo médio de 00:24:52, enquanto o Pronto Socorro Obstétrico (PSO), com 737 atendimentos, apresentou tempo médio de 00:27:04. Ambos os setores, embora com tempos superiores ao PAI, mantêm-se muito abaixo do limite de 2 horas, evidenciando organização dos processos e capacidade de resposta compatível com a demanda assistencial.

Mesmo considerando a variabilidade entre os setores, todos os resultados encontram-se amplamente dentro da conformidade, com margem de segurança expressiva. Esse cenário demonstra que a instituição não apenas atende à meta estabelecida, mas opera com elevado nível de eficiência, garantindo acesso oportuno ao atendimento médico também para os pacientes de menor gravidade, sem comprometer a assistência aos casos mais urgentes.

Em síntese, o indicador evidencia excelência no desempenho institucional, com tempos de espera significativamente reduzidos frente ao limite preconizado, refletindo maturidade dos fluxos assistenciais, integração das equipes e efetividade na gestão da demanda. Recomenda-se a manutenção das estratégias adotadas e o monitoramento contínuo dos processos, a fim de sustentar os resultados alcançados e promover a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Gráfico 28: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Amarelo/ Urgente



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O indicador que monitora o tempo médio de atendimento médico para pacientes classificados como Amarelo (Urgente) evidencia um desempenho robusto, consistente e plenamente aderente à meta contratual de até 60 minutos (01:00:00). No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:37:13, posicionando-se significativamente abaixo do limite estabelecido e utilizando aproximadamente 62% do tempo máximo permitido. Esse resultado demonstra não apenas conformidade, mas também eficiência operacional na condução dos fluxos assistenciais voltados aos pacientes de urgência intermediária, garantindo atendimento em tempo oportuno e com segurança clínica.

No total, foram atendidos 1.845 pacientes classificados como amarelo, volume expressivo que reforça a relevância do indicador para avaliação da capacidade de resposta institucional. A análise estratificada por setor evidencia desempenhos distintos, porém, de modo geral, alinhados às diretrizes assistenciais. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) concentrou o maior volume de atendimentos (975 pacientes) e apresentou o melhor desempenho, com tempo médio de 00:26:30, correspondendo a apenas 44% do tempo limite. Esse resultado reflete elevada resolutividade, fluxo bem estruturado e adequado dimensionamento de equipe, possibilitando rápida absorção da demanda.

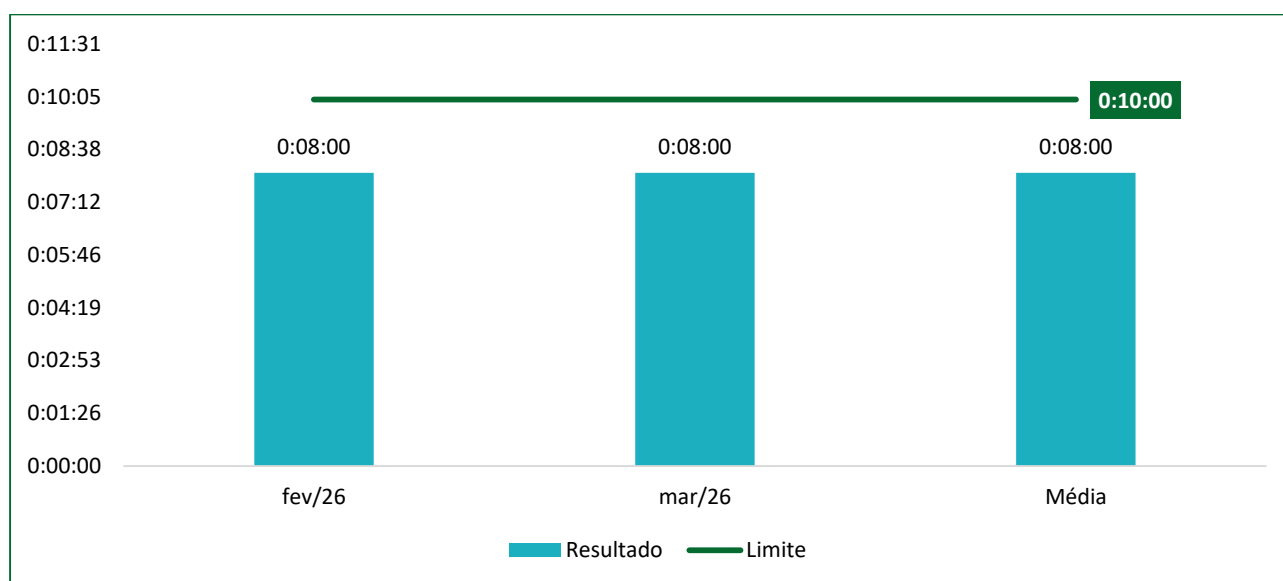
O Pronto Socorro Obstétrico (PSO), com 214 atendimentos, apresentou tempo médio de 00:31:06, também dentro de um patamar confortável e seguro, utilizando cerca de 52% do limite contratual. Esse desempenho indica estabilidade operacional e adequada organização do processo assistencial para este perfil de pacientes, mantendo equilíbrio entre demanda e capacidade instalada.

Por sua vez, o Pronto Socorro Geral (PSG) registrou 656 atendimentos e tempo médio de 00:55:07, sendo o setor com maior tempo de espera entre os analisados e mais próximo do limite estabelecido, atingindo aproximadamente 92% do tempo máximo permitido. Embora ainda dentro da conformidade, esse resultado sinaliza maior pressão assistencial, possivelmente associada à maior complexidade dos casos, variabilidade no perfil clínico dos pacientes e maior volume de demanda espontânea. Tal cenário sugere a necessidade de monitoramento contínuo e análise mais aprofundada dos fluxos internos, com vistas à identificação de oportunidades de melhoria, como otimização de processos, redistribuição de equipe ou ajustes no acolhimento e classificação de risco.

Mesmo diante dessa variabilidade entre os setores, o desempenho global permanece sólido e sustentado por resultados expressivamente abaixo da meta. A manutenção de um tempo médio institucional inferior a 40 minutos, mesmo com volume elevado de atendimentos, evidencia maturidade dos processos assistenciais, efetividade da triagem e adequada integração entre as equipes multiprofissionais.

Em síntese, o indicador demonstra que a instituição não apenas cumpre a meta estabelecida para atendimento de pacientes classificados como amarelo, mas o faz com margem de segurança, garantindo qualidade, agilidade e segurança no cuidado prestado. Recomenda-se a continuidade do monitoramento sistemático, especialmente no PSG, visando reduzir a variabilidade entre os setores e promover ainda maior uniformidade nos tempos de atendimento, assegurando a sustentabilidade dos resultados e a excelência assistencial.

Gráfico 29: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Laranja/ Muito Urgente



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O indicador que monitora o tempo médio de espera para pacientes classificados como Laranja, categoria Muito Urgente, apresentou desempenho estável e dentro do parâmetro assistencial preconizado, mantendo média de atendimento em 00:08:00, conforme evidenciado no período analisado. Considerando que o tempo recomendado para atendimento dessa classificação é de até 10 minutos, o resultado demonstra que a unidade operou dentro do limite seguro, utilizando aproximadamente 80% do tempo máximo estabelecido, o que reforça a efetividade e agilidade do fluxo assistencial para casos de maior gravidade.

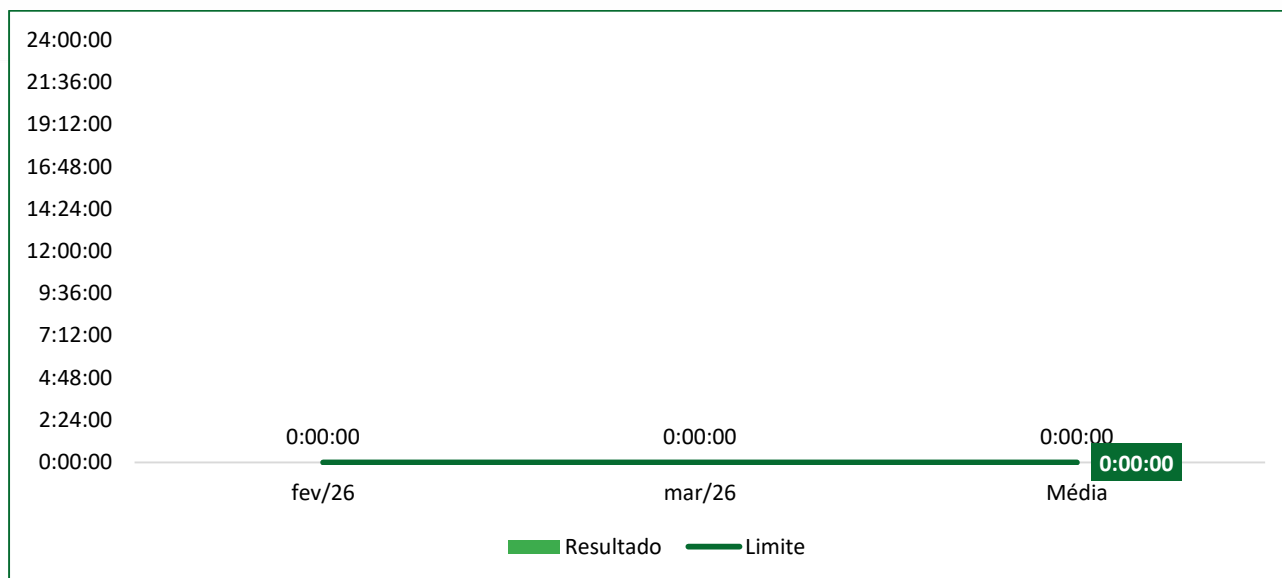
No período avaliado, foram registrados 241 atendimentos classificados como Laranja, distribuídos entre os setores assistenciais da seguinte forma: Pronto Atendimento Infantil com 195 atendimentos, Pronto Socorro Geral com 42 atendimentos e Pronto Socorro Obstétrico com 4 atendimentos. Observa-se concentração significativa de atendimentos no Pronto Atendimento Infantil, representando a maior demanda dentro desta classificação, o que evidencia a relevância do suporte assistencial pediátrico e a necessidade de manutenção de fluxos ágeis e estruturados nesse setor.

Mesmo diante do volume expressivo de atendimentos, especialmente no Pronto Atendimento Infantil, o tempo médio foi mantido de forma homogênea entre os setores, sem impacto negativo no tempo de resposta, demonstrando organização dos processos assistenciais, adequada priorização dos casos e capacidade operacional da equipe em absorver a demanda crítica de forma eficiente.

O tempo total acumulado de atendimento foi de 08:08:00, refletindo a soma dos tempos assistenciais prestados, sem prejuízo à qualidade do atendimento individual. A manutenção do tempo médio em 8 minutos evidencia que o fluxo assistencial para pacientes muito urgentes encontra-se consolidado, garantindo atendimento oportuno e seguro.

Dessa forma, conclui-se que o indicador apresenta resultado satisfatório, em conformidade com os parâmetros assistenciais estabelecidos, evidenciando eficiência na gestão do tempo de atendimento, adequada classificação de risco e resposta rápida aos pacientes com maior gravidade clínica, assegurando qualidade e segurança no cuidado prestado.

Gráfico 30: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Vermelho/ Emergência



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

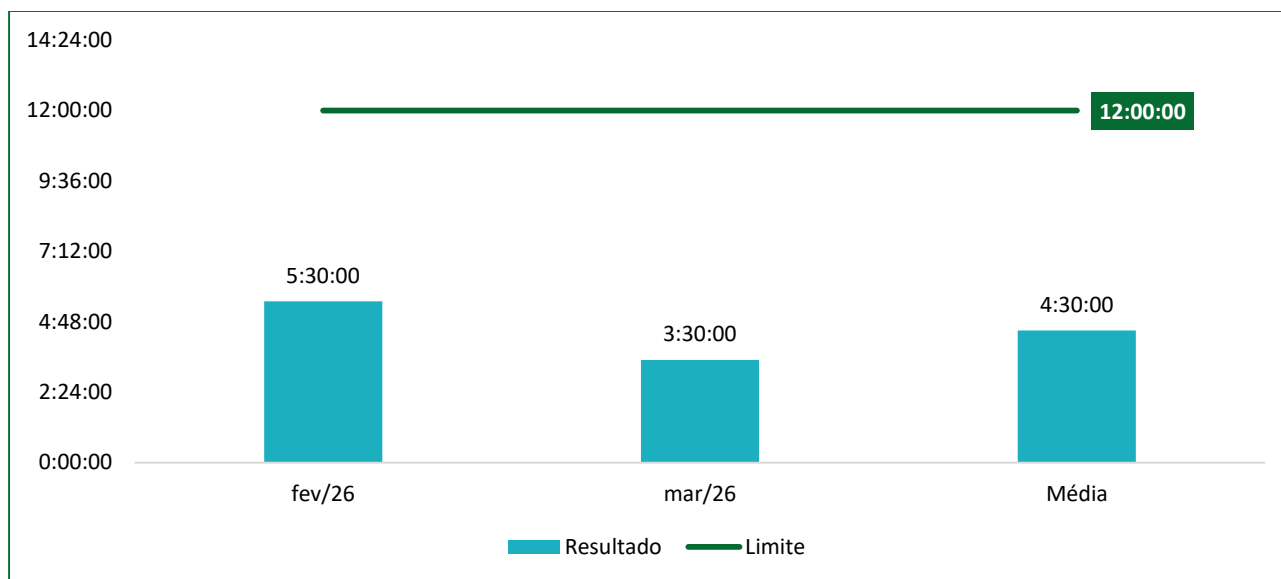
O indicador que estabelece a obrigatoriedade de atendimento imediato (00:00:00) para pacientes classificados como Vermelho (Emergência), apresenta um desempenho de excelência absoluta, mantendo o cumprimento integral da meta. A análise comparativa entre janeiro e fevereiro de 2026 demonstra a manutenção do padrão de resposta instantânea, com tempo de espera nulo em ambos os períodos, garantindo a assistência imediata em casos de risco iminente de morte. No mês de fevereiro, a unidade registrou 8 atendimentos nesta categoria crítica, o que representa uma redução em relação aos 14 casos atendidos em janeiro. O detalhamento da demanda por unidade em fevereiro revela a seguinte distribuição: Pronto Atendimento Infantil: 02 pacientes, Pronto Socorro Geral: 05 pacientes e Pronto Socorro Obstétrico: 01 paciente.

Embora o volume de casos de emergência seja numericamente inferior às demais classificações de risco, a complexidade desses atendimentos exige prontidão total das equipes assistenciais e disponibilidade imediata de recursos tecnológicos e humanos. A capacidade da instituição em manter o tempo de espera zerado, independentemente da unidade (Geral, Infantil ou Obstétrica), ratifica a eficiência dos protocolos de recepção e estabilização de pacientes críticos.

Em suma, o indicador permanece em conformidade estrita com o Plano de Trabalho, evidenciando a segurança assistencial e a priorização efetiva da vida conforme preconizado nas diretrizes de urgência e emergência do contrato de gestão. O resultado alcançado demonstra elevada capacidade de resposta das equipes assistenciais frente aos casos de maior gravidade, garantindo prioridade absoluta no atendimento e minimizando riscos relacionados ao tempo de espera.

Ressalta-se que a classificação vermelha está associada a quadros clínicos críticos, nos quais a intervenção imediata é determinante para a segurança do paciente e para o desfecho clínico. Dessa forma, conclui-se que o indicador apresentou desempenho plenamente satisfatório, refletindo organização dos fluxos assistenciais, efetividade do acolhimento com classificação de risco e adequada articulação entre as equipes de enfermagem e médica para resposta rápida às situações de emergência.

Gráfico 31: Tempo Médio De Permanência No PS Geral Até 12 Horas

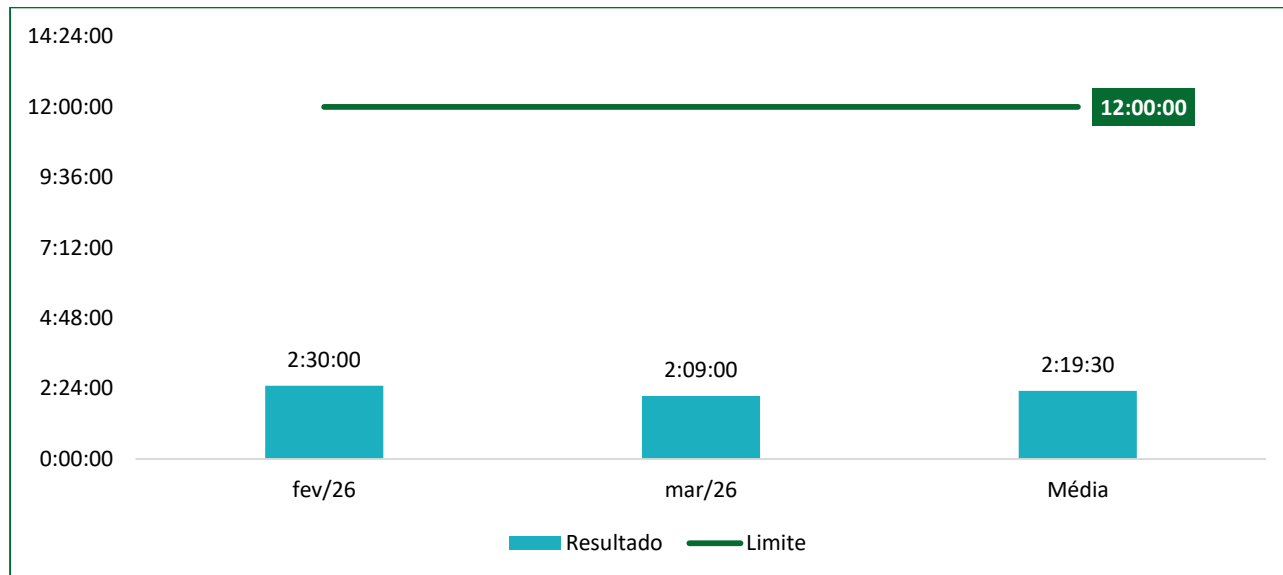


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O presente indicador tem como objetivo monitorar o tempo médio de permanência dos pacientes no Pronto-Socorro Geral (PSG), sendo calculado a partir da soma dos tempos de permanência dividida pelo número de pacientes internados via pronto atendimento. A meta estabelecida no contrato de gestão é manter o tempo médio de permanência inferior a 12 horas, parâmetro importante para garantir a rotatividade de leitos, a fluidez do atendimento e a segurança assistencial. No mês de Março de 2026, o tempo médio de permanência no PSG foi de 03:30 horas, resultado que permanece significativamente abaixo da meta pactuada, demonstrando desempenho satisfatório do serviço e adequada gestão do fluxo assistencial. Em comparação com o mês de Fevereiro de 2026, quando o indicador apresentou tempo médio de 05:30 horas, observa-se redução de 120 minutos no tempo médio de permanência, evidenciando melhoria na dinâmica de atendimento e maior agilidade na condução dos casos clínicos e encaminhamentos necessários. Importante destacar que, com a transição da gestão para a nova Organização Social, houve reorganização do modelo assistencial no Pronto-Socorro Geral. Atualmente, o setor conta com um médico dedicado ao atendimento da sala de emergência e um médico responsável pelo atendimento das fichas de demanda espontânea, organização que contribui para maior resolutividade e melhor distribuição da carga

assistencial. Além disso, muitos pacientes atendidos no PSG necessitam de avaliação especializada, especialmente das equipes de cirurgia geral e ortopedia. Nesses casos, o fluxo assistencial tem sido otimizado por meio da atuação da equipe de enfermagem na classificação de risco, que em determinadas situações já direciona o paciente para avaliação do especialista conforme critérios clínicos, reduzindo etapas intermediárias do atendimento e favorecendo maior agilidade na tomada de decisão. A ampliação deste recurso humano possibilitou: a redução do tempo de espera para avaliação médica; maior agilidade na definição de condutas e encaminhamentos; melhor distribuição da demanda entre os profissionais; redução de sobrecarga assistencial e maior fluidez no fluxo de pacientes dentro do pronto-socorro. Dessa forma, observa-se que as melhorias organizacionais implementadas na estrutura assistencial e a ampliação da equipe médica contribuem diretamente para a manutenção do indicador em níveis satisfatórios e para a qualificação do atendimento prestado à população. Conclui-se, portanto, que o resultado apresentado no mês de fevereiro demonstra desempenho assistencial adequado e evolução positiva em relação ao mês anterior, mantendo o indicador amplamente dentro da meta contratual e refletindo os avanços organizacionais decorrentes da nova estrutura de gestão e do fortalecimento das equipes assistenciais.

Gráfico 32: Tempo Médio De Permanência No PS Obstétrico Até 12 Horas



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

A análise do indicador “Manter o tempo médio de permanência no Pronto Socorro Obstétrico até 12 horas” evidencia desempenho assistencial altamente satisfatório e em plena conformidade com as metas estabelecidas no contrato de gestão.

No mês de março de 2026, o tempo médio de permanência registrado foi de 02:09:00, mantendo-se significativamente inferior ao limite máximo preconizado de 12 horas. Este resultado reafirma a eficiência dos fluxos assistenciais, desde a admissão até a definição de conduta clínica. Quando comparado ao mês de fevereiro de 2026, no qual o tempo médio foi de 02:30:00, observa-se uma redução de 21 minutos, representando uma melhora objetiva no desempenho operacional da unidade.

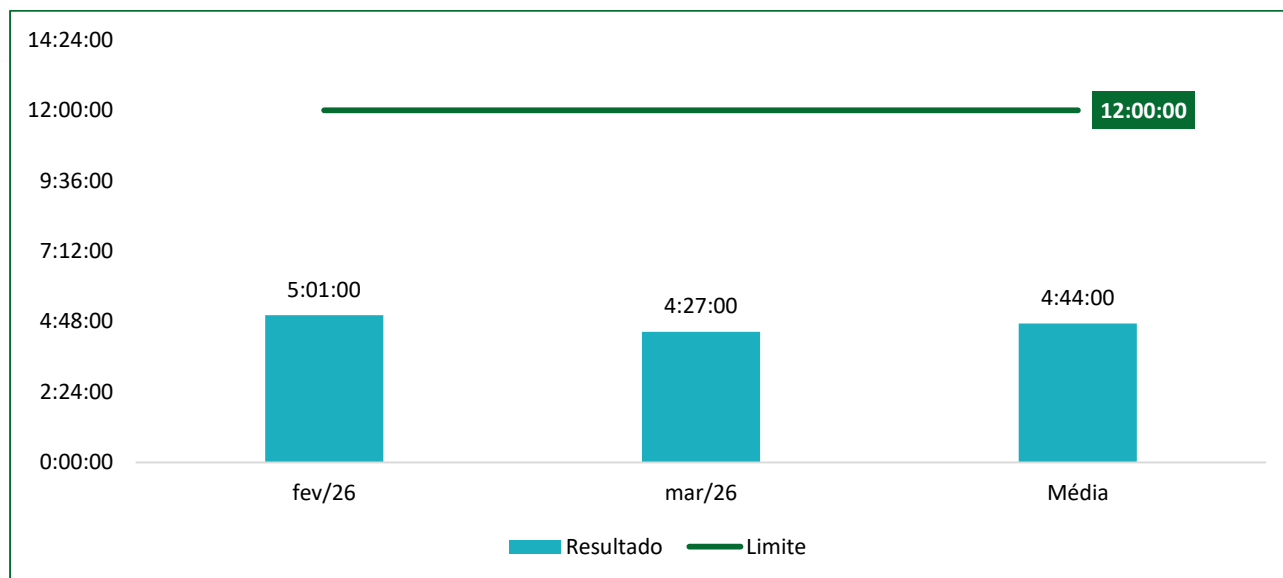
Essa evolução positiva pode estar associada a fatores como maior resolatividade clínica, otimização dos processos de triagem e atendimento médico, melhoria no tempo de resposta de exames complementares e adequada articulação entre as equipes assistenciais. Ressalta-se ainda que o resultado de março corresponde a apenas 20,8% do limite máximo estabelecido, evidenciando ampla margem de segurança no cumprimento do indicador.

Como pontos positivos, destaca-se a manutenção de fluxos bem estruturados no Pronto Socorro Obstétrico, a agilidade na tomada de decisão clínica e o adequado gerenciamento da demanda, fatores que contribuem diretamente para a redução do tempo de permanência. Estratégias como priorização de casos conforme classificação de risco, integração entre equipe multiprofissional e monitoramento contínuo dos tempos assistenciais demonstram-se eficazes na sustentação dos resultados alcançados.

Adicionalmente, a manutenção de tempos reduzidos de permanência impacta diretamente na qualidade e segurança do cuidado, ao evitar superlotação, garantir maior rotatividade de leitos e reduzir a exposição das pacientes a ambientes de urgência, favorecendo tanto a desospitalização oportuna quanto a internação em tempo adequado quando necessário.

Dessa forma, conclui-se que o indicador apresenta desempenho consistente, com tendência de melhoria no período analisado, refletindo maturidade dos processos assistenciais, eficiência operacional e compromisso institucional com a qualidade e segurança do atendimento prestado.

Gráfico 33: Tempo Médio De Permanência No PS Infantil Até 12 Horas



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

A análise do indicador de tempo médio de permanência no Pronto Atendimento Infantil, cuja meta é manter o fluxo assistencial em até 12 horas, demonstra desempenho consistente e alinhado às diretrizes estabelecidas no contrato de gestão, evidenciando adequada capacidade operacional da unidade.

No mês de março de 2026, o tempo médio de permanência foi de 04:27:00, mantendo-se amplamente inferior ao limite máximo preconizado. Em comparação ao mês de fevereiro de 2026, que apresentou tempo médio de 05:01:00, observa-se uma redução de 34 minutos, caracterizando evolução positiva no desempenho do indicador. Este resultado torna-se ainda mais relevante ao considerar o expressivo aumento da demanda assistencial no período, estimado em aproximadamente 98%, o que reforça a capacidade da unidade em absorver maior volume de atendimentos sem impacto negativo no tempo de permanência.

A manutenção e melhoria do indicador, mesmo diante do aumento significativo da demanda, sugerem que os processos assistenciais encontram-se bem estruturados, com destaque para a eficiência na triagem, na condução clínica e na definição de desfechos, seja para alta ou internação. A integração entre as equipes e a organização dos fluxos contribuem diretamente para a agilidade no atendimento e para a adequada gestão do tempo de permanência.

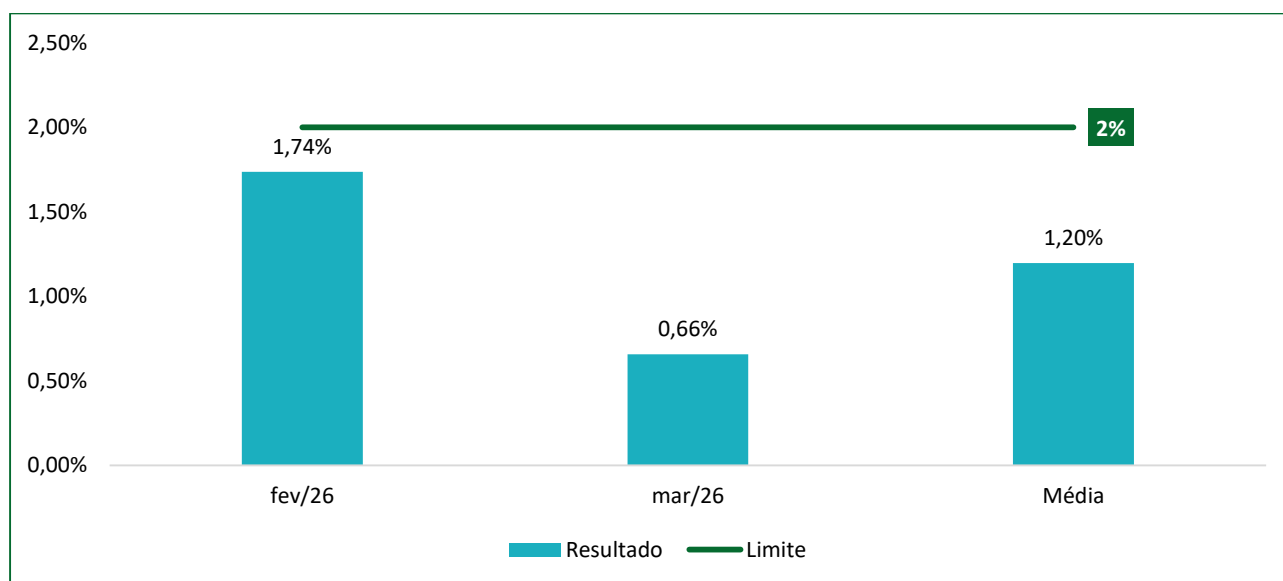
Como pontos positivos, evidencia-se o controle efetivo do fluxo assistencial, a otimização do giro de leitos e a capacidade de resposta frente à sazonalidade característica do atendimento pediátrico. A redução do tempo de permanência impacta diretamente na qualidade assistencial, ao minimizar a exposição das

crianças a ambientes de pronto atendimento, reduzir riscos relacionados à superlotação e favorecer um cuidado mais seguro e resolutivo.

Entretanto, apesar do desempenho satisfatório, é importante considerar que o aumento expressivo da demanda pode representar risco potencial à sustentabilidade desse resultado no médio prazo, especialmente em cenários de sobrecarga assistencial. Dessa forma, recomenda-se a manutenção do monitoramento contínuo do indicador, bem como o fortalecimento de estratégias de gestão de fluxo, dimensionamento adequado de equipe e otimização de processos internos, a fim de garantir a estabilidade do desempenho alcançado.

Conclui-se que o indicador apresenta resultado plenamente satisfatório, com tendência de melhoria, demonstrando eficiência operacional, organização dos processos assistenciais e compromisso com a qualidade e segurança no atendimento pediátrico.

Gráfico 34: Taxa global de infecção Hospitalar



Fonte: SCIH HMA (2026)

No período de março, foram investigados 211 pacientes, com identificação de 04 novos casos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), considerando um total de 609 saídas hospitalares entre altas e óbitos. O cenário resultou em uma taxa global de 0,66%, mantendo-se dentro do limite aceitável institucional estabelecido de até 2%.

O perfil das infecções notificadas demonstrou distribuição entre diferentes setores assistenciais, sendo: 01 Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

na UTI Adulto, com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* produtora de ESBL; 01 Infecção do Trato Urinário associada à sonda vesical de demora (ITU-AC) com isolamento de *Enterococcus faecalis* na Clínica Médica; 01 Infecção do Trato Urinário (ITU) na UTI Neonatal com isolamento de *Klebsiella pneumoniae*; e 01 Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em pós-operatório de herniorrafia inguinal bilateral.

Em fevereiro, foram registrados 10 casos de IRAS em 576 saídas hospitalares, resultando em uma taxa de 1,74%. Em comparação, o mês de março apresentou redução significativa, com taxa de 0,66%, evidenciando uma queda expressiva do indicador.

Esse comportamento demonstra melhora relevante no controle das infecções, com redução tanto no número absoluto de casos quanto na taxa proporcional, indicando maior efetividade das ações de prevenção e controle implementadas pela instituição.

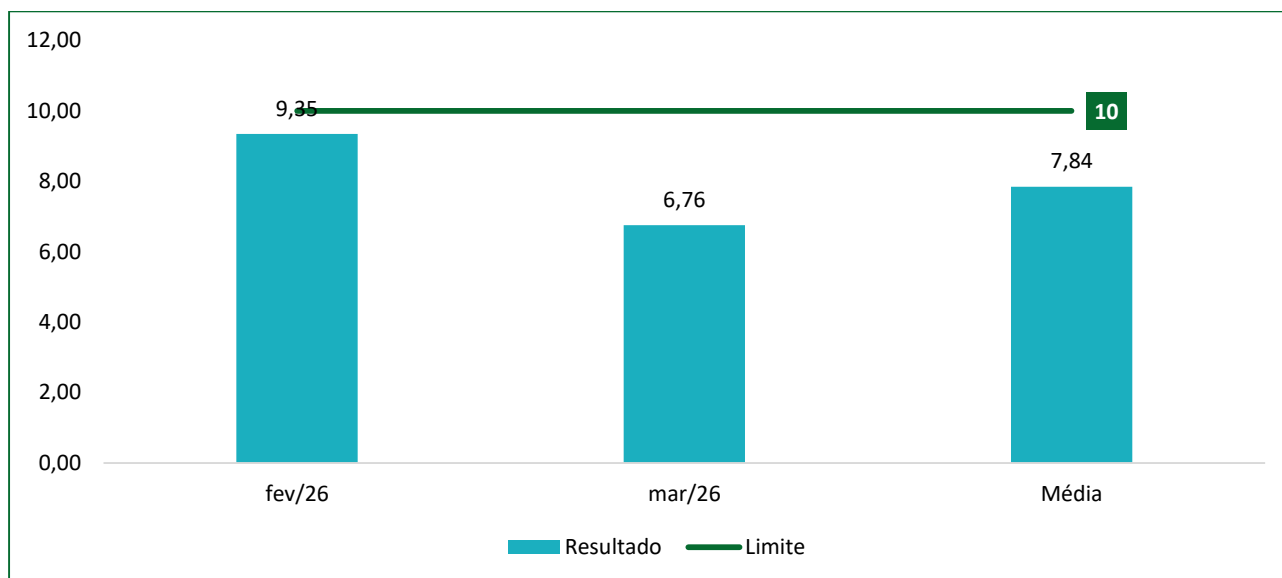
Identificação dos pontos positivos e estratégias adotadas para manutenção do resultado

O desempenho observado reflete positivamente a atuação das equipes assistenciais e do serviço de controle de infecção, com destaque para a redução global das IRAS, mesmo diante da presença de casos associados a dispositivos invasivos, que naturalmente apresentam maior risco.

Evidenciam-se como pontos positivos a adesão aos protocolos de prevenção, especialmente relacionados à ventilação mecânica, manejo de dispositivos urinários e cuidados no perioperatório, além da vigilância ativa e identificação precoce dos casos. A atuação integrada das equipes, aliada ao monitoramento contínuo dos indicadores, contribuiu para a manutenção do controle do indicador dentro dos parâmetros aceitáveis.

Conclui-se que o mês de março apresentou desempenho satisfatório e superior ao período anterior, com redução consistente da taxa de IRAS e manutenção do indicador dentro dos limites preconizados. Apesar do cenário positivo, a presença de infecções associadas a dispositivos invasivos e de um desfecho desfavorável reforça a necessidade de manutenção rigorosa das medidas de prevenção, vigilância contínua e qualificação permanente dos processos assistenciais, garantindo a sustentabilidade dos resultados

Gráfico 35: Densidade De Incidência De Pneumonia Associada A Ventilação Mecânica



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de março, a vigilância de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) identificou 01 novo caso, com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* produtora de ESBL. Considerando 148 pacientes-dia em ventilação mecânica, obteve-se uma densidade de incidência de 6,76, mantendo o indicador dentro da meta institucional estabelecida (≤ 10).

Apesar do cumprimento da meta, a ocorrência do caso evidencia fragilidades na adesão às práticas preventivas, uma vez que a PAV é um evento amplamente evitável quando há conformidade rigorosa com os protocolos assistenciais. Medidas fundamentais como higiene oral adequada, manutenção da cabeceira elevada entre 30° e 45°, avaliação diária de extubação, manejo correto do circuito ventilatório e aspiração de vias aéreas devem ser executadas de forma sistemática e contínua. Nesse contexto, a notificação do caso sugere falhas operacionais na aplicação consistente do bundle de prevenção, mesmo diante das orientações realizadas durante as visitas multidisciplinares.

A análise do contexto assistencial demonstra que o paciente apresentava fatores de risco relevantes para infecções relacionadas à assistência, incluindo uso prolongado de ventilação mecânica e condição clínica grave, o que aumenta a susceptibilidade à ocorrência de PAV. Ainda assim, tais fatores não excluem a necessidade de rigor absoluto na execução das medidas preventivas.

Cabe destacar que a interpretação da densidade de incidência deve considerar a limitação na qualidade dos dados, uma vez que o número de pacientes-dia em ventilação mecânica foi estimado com base em médias dos meses anteriores, devido ao preenchimento inadequado das planilhas de dispositivos assistenciais. Essa fragilidade compromete a precisão do indicador e pode gerar distorções na análise epidemiológica, configurando um ponto crítico a ser corrigido com prioridade.

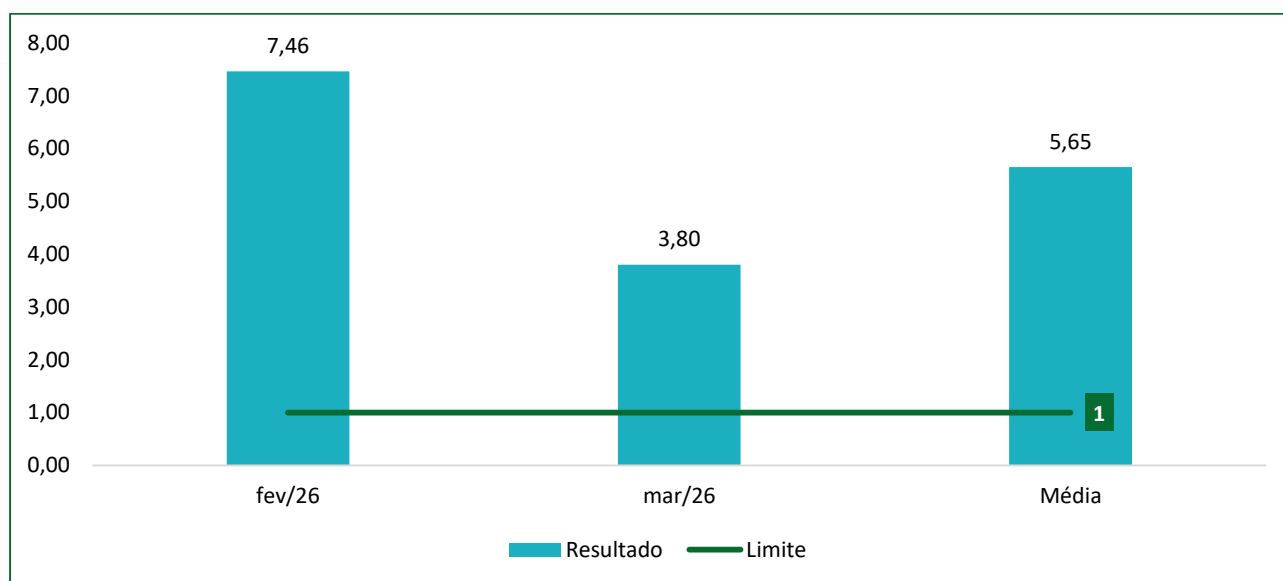
Será intensificada a adesão ao bundle de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, com atuação direta da equipe multiprofissional composta por enfermagem, fisioterapia e corpo médico, no âmbito da UTI adulto, com início imediato e monitoramento contínuo. A implementação ocorrerá por meio de auditorias semanais estruturadas, avaliando itens essenciais como manutenção da cabeceira elevada entre 30° e 45°, realização de higiene oral com clorexidina, avaliação diária da possibilidade de extubação, aspiração adequada das vias aéreas e manejo correto do circuito ventilatório conforme protocolo institucional.

Paralelamente, será realizada a revisão e atualização do protocolo institucional de prevenção de infecções respiratórias, conduzida pelo SCIH em conjunto com o Núcleo de Gestão da Qualidade, no prazo de até 30 dias, com base em diretrizes nacionais e internacionais vigentes, visando padronização e fortalecimento das práticas assistenciais.

Adicionalmente, será implementada ação corretiva voltada à qualificação do registro de dispositivos assistenciais, com reforço junto às equipes quanto ao preenchimento adequado e sistemático das planilhas, garantindo maior confiabilidade dos indicadores epidemiológicos.

As ações propostas não implicam custos adicionais diretos, estando centradas na reorganização de processos, educação permanente e monitoramento contínuo, com foco na redução de novos casos e na melhoria da segurança assistencial.

Gráfico 36: Densidade De Incidência De Infecção Do Trato Urinário (ITU)



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de março, foi registrado 01 caso de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora entre 268 pacientes expostos ao uso de cateter vesical de demora, resultando em uma densidade de infecção de 3,8, valor acima do limite institucional estabelecido (≤ 1). Esse resultado evidencia fragilidades na adesão aos protocolos de prevenção relacionados ao uso de dispositivo vesical, especialmente no que se refere à indicação, manutenção e retirada oportuna da sonda.

A ocorrência do caso na Clínica Médica, setor caracterizado por maior tempo de permanência e maior exposição a dispositivos invasivos, reforça a necessidade de vigilância contínua e maior rigor na aplicação das medidas preventivas. Apesar das orientações recorrentes às equipes quanto à evitação de sondagens desnecessárias e à desinvasão precoce, o indicador demonstra que tais práticas ainda não estão sendo executadas de forma consistente na rotina assistencial. Falhas relacionadas à higiene do meato uretral, manipulação do sistema e manutenção do circuito fechado também devem ser consideradas como possíveis fatores contribuintes.

O caso identificado apresentou isolamento de *Escherichia coli*, sendo conduzido com antibioticoterapia adequada, evoluindo com melhora clínica e alta hospitalar, o que demonstra efetividade na condução terapêutica, porém não minimiza a relevância do evento enquanto indicador de qualidade assistencial.

A avaliação do indicador evidencia que, embora tenham sido registrado caso de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC), a

quantidade de dispositivos utilizados está diretamente relacionada ao perfil assistencial da unidade. Trata-se de um serviço que atende pacientes com maior complexidade clínica, o que demanda uso frequente de cateter vesical de demora, sobretudo em contextos de pós-operatório, em pacientes críticos e naqueles com restrição de mobilidade.

Na análise comparativa com o mês de fevereiro, observa-se redução da densidade do indicador, entretanto, o resultado permanece acima do esperado, evidenciando que as ações atualmente implementadas ainda não foram suficientes para alcançar o padrão desejado. Esse cenário reforça a necessidade de avanço na consolidação de uma cultura de segurança voltada ao uso racional de dispositivos invasivos.

Destaca-se ainda uma limitação importante na confiabilidade dos dados, uma vez que o cálculo de pacientes-dia em uso de cateter vesical de demora foi realizado por estimativa, devido ao preenchimento inadequado das planilhas de dispositivos assistenciais, comprometendo a precisão do indicador e a tomada de decisão baseada em dados.

Plano de Ação

Será realizada a reformulação e implantação do conjunto de medidas de prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora, com revisão e reforço do protocolo institucional de inserção, manutenção e retirada do dispositivo, sob responsabilidade do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Gestão da Qualidade, coordenação de enfermagem e equipe assistencial, com início em até 15 dias e implementação progressiva no curto prazo.

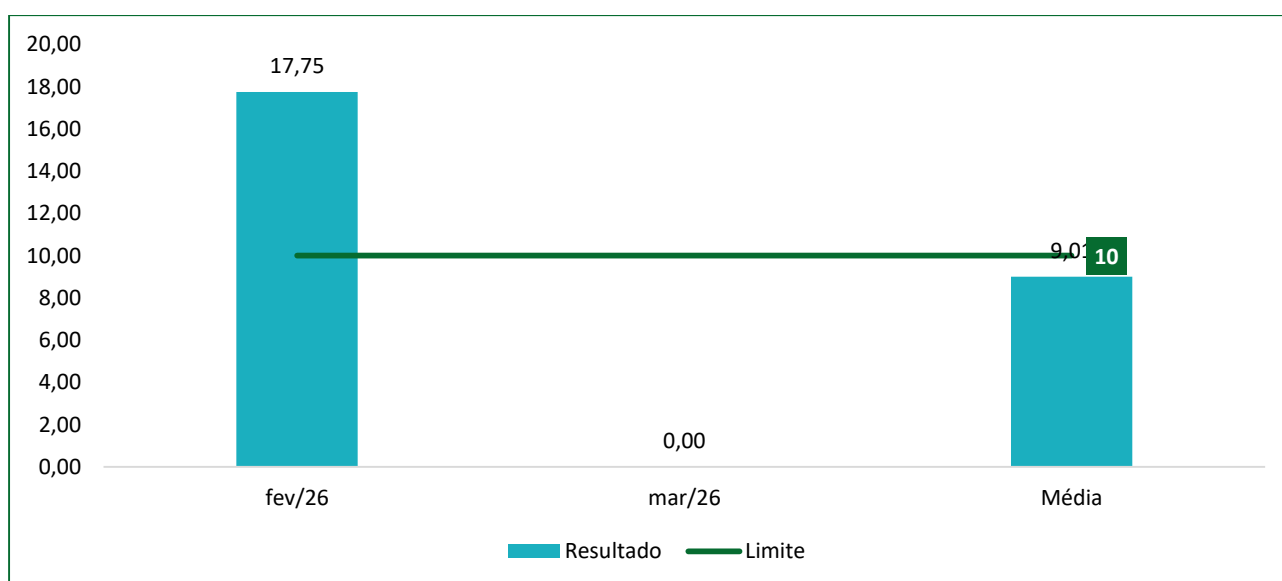
A operacionalização incluirá capacitação da equipe multiprofissional, abordando critérios rigorosos de indicação, técnica asséptica na inserção, manutenção do sistema de drenagem fechado, fixação adequada, posicionamento correto da bolsa coletora e realização de higiene perineal. Será reforçada a avaliação diária da necessidade de permanência da sonda, com foco na retirada precoce sempre que clinicamente possível.

Serão instituídas auditorias assistenciais periódicas, com monitoramento da adesão às medidas de prevenção e devolutiva sistemática às equipes, promovendo análise crítica dos resultados e fortalecimento das práticas seguras. Paralelamente, será intensificado o monitoramento do indicador de infecção associada ao cateter vesical de demora, permitindo acompanhamento da tendência e avaliação da efetividade das ações implementadas.

Adicionalmente, será implementada ação corretiva voltada à qualificação do registro de dispositivos assistenciais, garantindo maior confiabilidade dos dados e suporte adequado à vigilância epidemiológica.

As ações não implicam custos adicionais, sendo baseadas na reorganização dos processos, educação permanente e monitoramento contínuo, com expectativa de redução progressiva da taxa até o atingimento da meta estabelecida, promovendo maior segurança assistencial e qualidade no cuidado ao paciente.

Gráfico 37: Densidade De Incidência De Infecção Da Corrente Sanguínea Associada Ao Cateter Venoso (CVC)



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de março, não foi identificado nenhum caso de Infecção Primária da Corrente Sanguínea associada ao Cateter Venoso Central entre os 164 pacientes expostos ao uso desse dispositivo, resultando em uma densidade de incidência de 0,00, configurando desempenho plenamente satisfatório no período.

Na análise comparativa com o mês de fevereiro, que apresentou densidade de 17,75, observa-se uma redução expressiva do indicador, evidenciando melhora significativa no controle das infecções relacionadas ao uso de cateter venoso central. Apesar do resultado positivo no mês atual, o histórico recente com taxa elevada reforça que o cenário ainda exige manutenção rigorosa das práticas assistenciais e vigilância contínua, especialmente em áreas críticas como unidades de terapia intensiva.

O resultado de ausência de casos deve ser interpretado com cautela, considerando a possibilidade de variabilidade estatística associada ao baixo número

de eventos, não sendo suficiente, de forma isolada, para afirmar consolidação do controle do indicador. Dessa forma, permanece essencial a sustentação das medidas preventivas e o monitoramento contínuo, evitando recrudescimento do indicador nos períodos subsequentes.

Destaca-se ainda uma fragilidade importante na qualidade dos dados, uma vez que o número de pacientes-dia em uso de cateter venoso central foi estimado com base em períodos anteriores, devido ao preenchimento inadequado das planilhas de dispositivos assistenciais, o que pode comprometer a acurácia da densidade calculada e a análise epidemiológica.

Plano de Ação

Será realizada a reformulação e implantação do conjunto de medidas de prevenção relacionadas à inserção e manutenção de cateter venoso central, com o objetivo de padronizar as práticas assistenciais e reduzir fatores de risco associados ao uso do dispositivo. A ação será conduzida pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Gestão da Qualidade, coordenação de enfermagem e equipe assistencial, com início em até 15 dias e implementação progressiva no curto prazo.

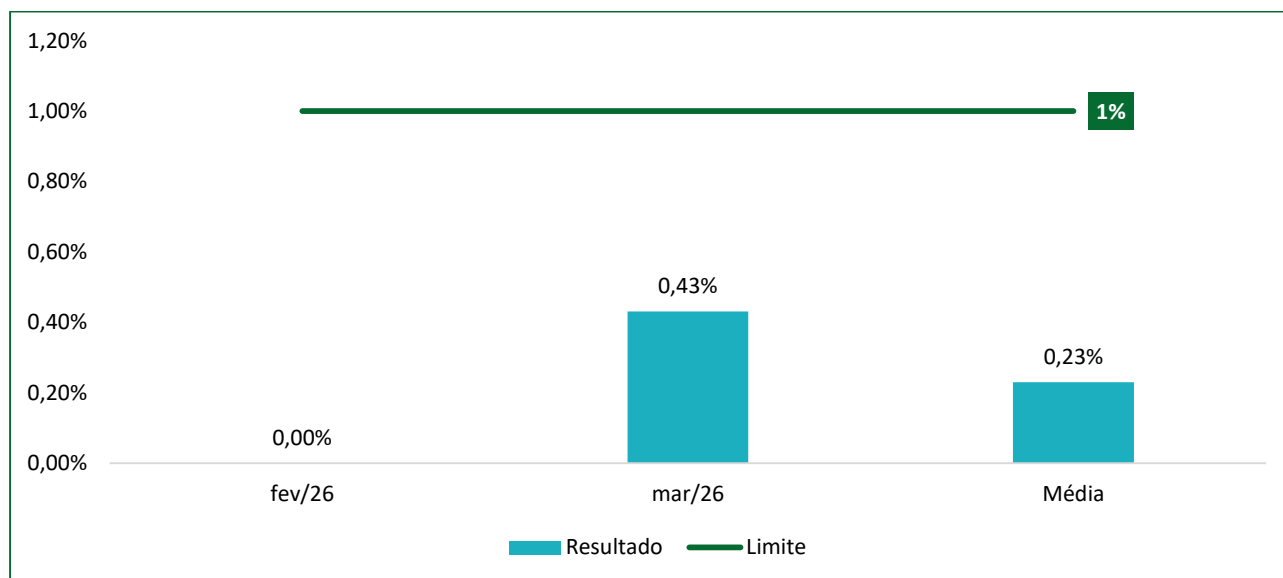
A operacionalização envolverá a capacitação da equipe multiprofissional, abordando critérios de indicação para inserção, técnica asséptica, cuidados na manutenção, fixação adequada do cateter e avaliação diária da necessidade de permanência, com foco na retirada precoce sempre que clinicamente possível.

Serão realizadas auditorias assistenciais periódicas, com avaliação da adesão às medidas de prevenção e devolutiva sistemática às equipes, promovendo análise crítica e melhoria contínua das práticas. Paralelamente, será intensificado o monitoramento do indicador de infecção primária da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, permitindo acompanhamento da tendência e avaliação da efetividade das ações implementadas.

Adicionalmente, será priorizada a qualificação do registro dos dispositivos assistenciais, garantindo maior confiabilidade dos dados e suporte adequado à vigilância epidemiológica.

As ações serão desenvolvidas com os recursos institucionais já disponíveis, sem custos adicionais, com expectativa de manutenção do indicador em zero e prevenção de novos casos, assegurando qualidade assistencial e segurança do paciente.

Gráfico 38: Incidência De Infecção Do Sítio Cirúrgico (ISC) Em Cirurgias Limpas



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de fevereiro, o setor de Qualidade e o Setor de Controle de Infecção No mês de março, foram monitorados 232 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, incluindo cirurgias gerais e cesarianas, por meio de acompanhamento telefônico pós-alta. A amostra contemplou 81 pacientes submetidos à cesariana e 151 pacientes submetidos a outros procedimentos cirúrgicos, abrangendo procedimentos limpos realizados no Centro Cirúrgico Geral e cesarianas realizadas no Centro Cirúrgico Obstétrico.

Até o momento da análise, foi identificado 01 caso de Infecção de Sítio Cirúrgico, resultando em um índice global de 0,43%, valor que se encontra dentro do padrão esperado para cirurgias limpas, cujo parâmetro recomendado é inferior a 1%. Ressalta-se, entretanto, que o indicador ainda pode sofrer variação, considerando que o período de vigilância se estende por até 30 dias em procedimentos sem uso de prótese e até 90 dias nos casos com implantes.

Durante o período, foram realizadas tentativas de contato telefônico sem sucesso com parte dos pacientes, o que representa uma limitação importante na sensibilidade da busca ativa e pode levar à subdetecção de casos de infecção, impactando diretamente na confiabilidade do indicador. Apesar disso, os pacientes permanecem sob vigilância contínua pela equipe responsável.

Na análise comparativa, no mês de fevereiro, foram monitorados 203 pacientes, sendo 148 cirurgias gerais e 55 cesarianas, demonstrando aumento do número de pacientes acompanhados em março, o que fortalece a representatividade da amostra. Ainda assim, a dependência exclusiva do contato telefônico evidencia uma fragilidade metodológica no processo de vigilância pós-alta.

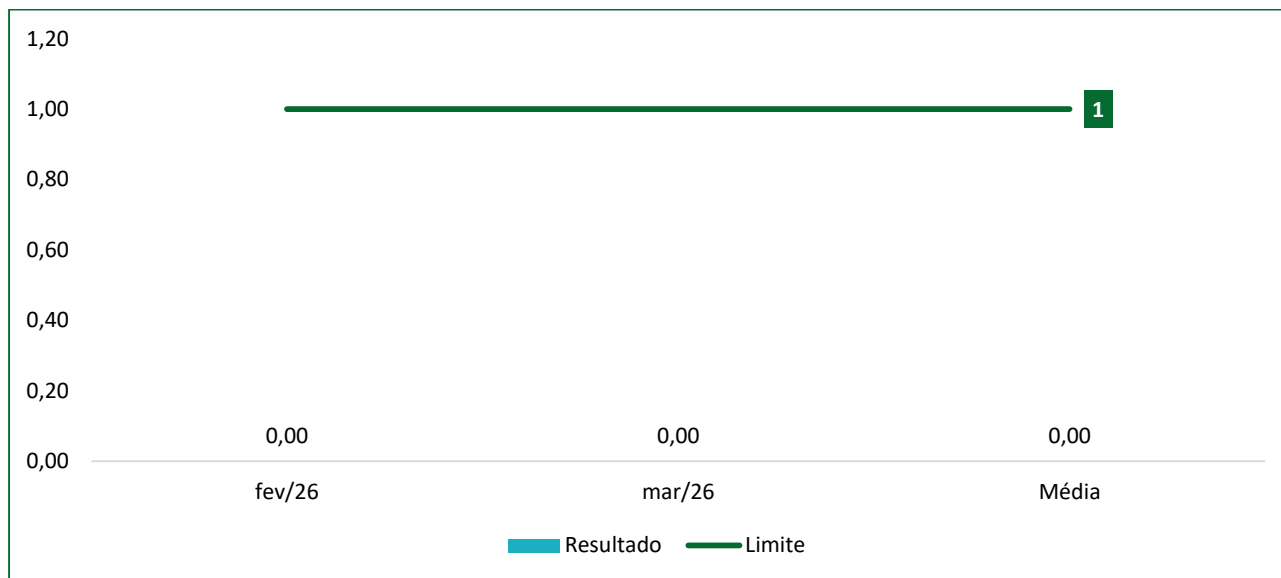
Do ponto de vista técnico, embora o indicador se mantenha dentro da meta, a ocorrência de caso confirmado, associada às dificuldades de rastreo, reforça a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de busca ativa, garantindo maior abrangência e precisão na identificação precoce de infecções.

Será implementada uma nova estratégia de busca ativa pós-alta, por meio do uso de WhatsApp institucional, associada à aplicação de formulário eletrônico estruturado, contendo perguntas objetivas sobre sinais e sintomas relacionados à infecção de sítio cirúrgico. A ação será conduzida pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar em conjunto com o setor de Qualidade, com início imediato e monitoramento contínuo.

A operacionalização incluirá o envio sistemático do formulário aos pacientes no período pós-operatório, permitindo maior taxa de resposta, rastreabilidade das informações e identificação precoce de possíveis complicações. Essa estratégia visa complementar o acompanhamento telefônico, ampliando a cobertura da vigilância e reduzindo perdas de seguimento.

Paralelamente, será mantido o monitoramento contínuo do indicador, com análise periódica dos resultados e ajustes nas estratégias conforme necessário. A ação será desenvolvida com os recursos institucionais já disponíveis, sem custos adicionais, com expectativa de fortalecimento da vigilância epidemiológica, maior confiabilidade dos dados e manutenção do indicador dentro dos padrões de qualidade assistencial.

Gráfico 39: Incidência de Quedas



Fonte: Qualidade HMA (2026)

A análise dos dados referentes ao indicador de incidência de quedas no período comparativo entre fevereiro e março de 2026 evidencia ausência de notificações em ambos os meses (0 eventos). Embora o resultado possa ser inicialmente interpretado como altamente positivo, é fundamental que sua avaliação seja realizada de forma criteriosa e contextualizada.

A inexistência de registros pode, de fato, estar associada à efetividade das medidas preventivas implementadas, como a avaliação sistemática de risco, adoção de protocolos institucionais e vigilância contínua dos pacientes, refletindo um ambiente assistencial mais seguro e organizado. No entanto, do ponto de vista analítico, a manutenção de taxa zero por períodos consecutivos exige cautela, uma vez que eventos como quedas possuem ocorrência multifatorial e estão intrinsecamente relacionados ao perfil clínico dos pacientes assistidos.

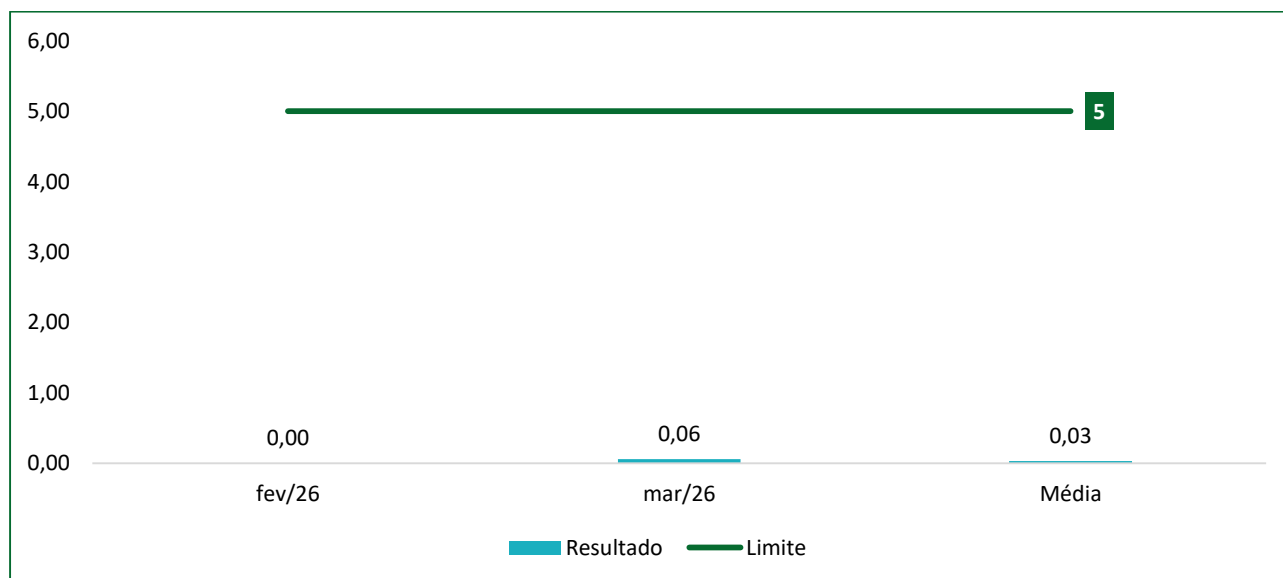
Dessa forma, torna-se imprescindível que o resultado seja analisado em conjunto com outros indicadores assistenciais, como taxa de ocupação, perfil de complexidade dos pacientes, tempo de permanência e grau de dependência, a fim de validar a consistência do dado apresentado. A ausência de eventos deve estar sustentada por evidências operacionais, como registros de avaliação de risco atualizados, prescrição de cuidados preventivos e rastreabilidade das ações realizadas pela equipe.

Sob a perspectiva da qualidade, o desafio neste cenário não é apenas manter o indicador em nível satisfatório, mas garantir que ele represente fielmente a realidade assistencial e esteja alinhado com a dinâmica do serviço. Assim, reforça-se a necessidade de manutenção do monitoramento contínuo, auditorias assistenciais e validação sistemática dos processos envolvidos na prevenção de quedas.

Conclui-se que o resultado observado pode indicar desempenho positivo, porém requer análise crítica contínua e sustentação por evidências assistenciais, assegurando a confiabilidade do indicador e a efetividade das práticas de segurança do paciente.

Ressalta-se que a condução deste indicador está alinhada às diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, conforme estabelecido na RDC nº 36/2013, que preconiza o monitoramento sistemático de eventos adversos e a análise crítica dos indicadores como instrumentos essenciais para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Gráfico 40: Incidência de Úlcera por pressão



Fonte: Qualidade HMA (2026)

No mês de março de 2026, foi registrada 01 notificação de Lesão por Pressão (LPP), correspondente a uma incidência de 0,06, referente a paciente do sexo masculino, iniciais F.D.S., 80 anos, internado na Clínica Médica, apresentando LPP em região sacral e calcâneos, classificada como Estágio 2, sem presença de exsudato ou odor, com instituição imediata de medidas terapêuticas, incluindo utilização de cobertura com Allevyn nas áreas acometidas. Em comparação ao mês

de fevereiro de 2026, no qual não houve registros de notificações, observa-se uma elevação pontual do indicador.

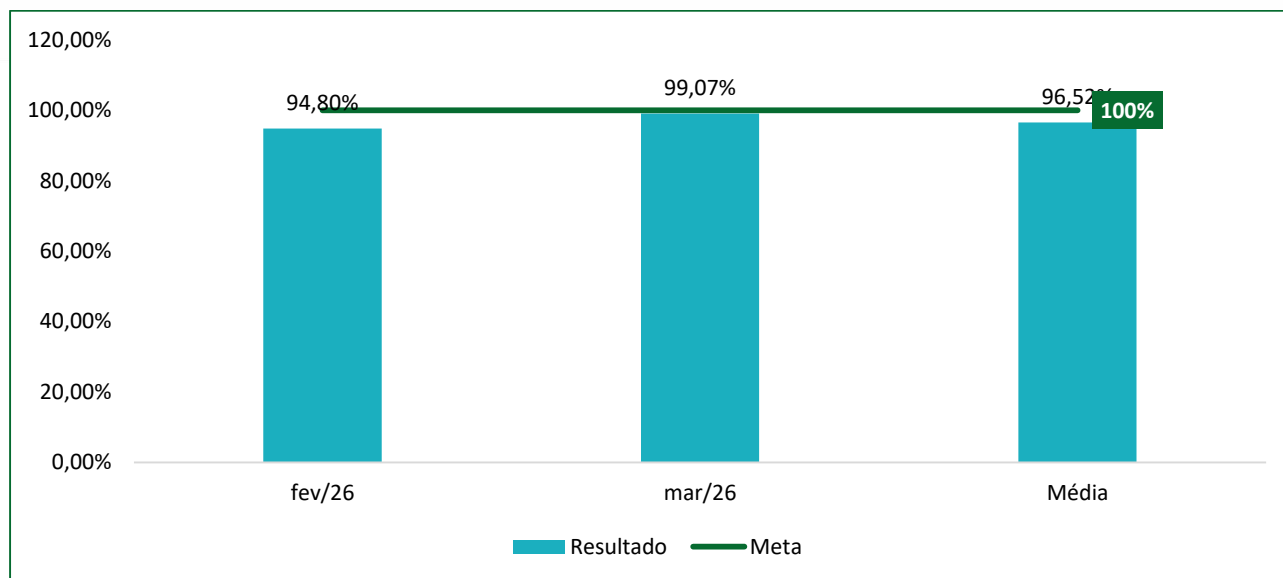
A análise do cenário demonstra que, embora tenha ocorrido registro de evento no período, trata-se de ocorrência isolada, sem evidência de tendência de aumento do indicador. Do ponto de vista assistencial, ressalta-se que a ocorrência de LPP está diretamente associada a fatores intrínsecos do paciente, como idade avançada, mobilidade reduzida e condições clínicas, que elevam o risco mesmo diante da adoção de medidas preventivas adequadas.

Como ponto positivo, destaca-se a identificação precoce da lesão, a intervenção imediata da equipe assistencial e a realização da notificação, evidenciando adesão às boas práticas e fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Observa-se também a manutenção das estratégias institucionais voltadas à prevenção, incluindo avaliação sistemática de risco, mudanças de decúbito, uso de superfícies de alívio de pressão e monitoramento contínuo da integridade da pele.

Conclui-se que, embora o mês de março apresente discreta elevação do indicador em relação ao período anterior, o resultado permanece sob controle e deve ser interpretado de forma qualitativa, refletindo tanto as características clínicas dos pacientes quanto o avanço na maturidade institucional em relação à notificação de eventos adversos. A continuidade das ações educativas, auditorias assistenciais e monitoramento sistemático permanece essencial para a manutenção da qualidade assistencial.

Destaca-se que todas as ações adotadas estão alinhadas às diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em especial à RDC nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, reforçando a importância da notificação, análise e prevenção de eventos adversos como pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade do cuidado.

Gráfico 41: Taxa de cumprimento do checklist de cirurgia segura



Fonte: Qualidade HMA (2026)

No mês de março de 2026, o indicador de conformidade do checklist de cirurgia segura apresentou resultado de 99,07%, correspondente ao preenchimento de 319 checklists em um total de 322 cirurgias realizadas, evidenciando elevado grau de adesão ao protocolo institucional. Este desempenho representa incremento de 5,02 pontos percentuais em relação ao mês de fevereiro de 2026, quando foi registrada taxa de 94,05%, demonstrando evolução consistente e efetividade das ações implementadas no período, com aproximação significativa da meta ideal de 100%.

A análise comparativa entre os períodos evidencia uma transição importante no perfil das não conformidades. Enquanto no mês anterior as falhas estavam majoritariamente relacionadas à ausência de preenchimento dos checklists, no mês de março observa-se a quase total eliminação dessa fragilidade, com as inconformidades residuais concentrando-se predominantemente na qualidade do registro, tais como preenchimento incompleto, inconsistências de informação e ausência de validações obrigatórias. Este cenário reflete maturidade do processo no que tange à adesão, porém evidencia a necessidade de evolução qualitativa para consolidação plena da cultura de segurança do paciente.

A melhoria expressiva do indicador está diretamente associada à manutenção e fortalecimento das ações institucionais previamente implantadas, destacando-se o monitoramento sistemático contínuo, a realização de devolutivas frequentes às equipes assistenciais, a presença ativa da coordenação de enfermagem no centro cirúrgico, o fortalecimento das ações de educação permanente em serviço e o maior engajamento da equipe multiprofissional no

cumprimento das etapas do checklist de cirurgia segura. Tais estratégias foram determinantes para a consolidação da adesão e redução das falhas estruturais do processo.

Sob a ótica crítica, apesar do desempenho altamente satisfatório, a não conformidade residual evidencia fragilidade na qualidade e fidedignidade das informações registradas, o que pode comprometer a rastreabilidade dos processos assistenciais e a efetividade do checklist como ferramenta de barreira de segurança. Observa-se, portanto, a necessidade de redirecionamento estratégico das ações, migrando do foco quantitativo — já praticamente consolidado — para o aprimoramento qualitativo dos registros.

Nesse contexto, o plano de ação para o mês de abril de 2026 mantém as diretrizes previamente estabelecidas, porém com ênfase na qualificação do preenchimento. Entre as principais estratégias propostas, destacam-se a realização de treinamentos direcionados e práticos no próprio setor, com utilização de exemplos reais de inconformidades e demonstração comparativa de preenchimento adequado; a padronização visual do checklist com destaque para campos obrigatórios e inserção de orientações objetivas no documento; a disponibilização de modelo padrão corretamente preenchido como referência permanente; a implementação de auditorias qualitativas diárias por amostragem com intervenção imediata; a intensificação das devolutivas individuais com abordagem educativa; a definição clara de responsabilidades por etapa do checklist; e a instituição de checkpoint final obrigatório antes da saída do paciente da sala cirúrgica, condicionando a liberação à completude e correção do documento.

Adicionalmente, propõe-se a incorporação de indicador qualitativo complementar, contemplando o percentual de checklists sem inconformidades e a tipificação dos erros mais frequentes, permitindo análise mais aprofundada e direcionamento assertivo das ações corretivas. Para o período subsequente, estabelece-se como meta não apenas a manutenção de 100% de preenchimento dos checklists, mas também o alcance de, no mínimo, 98% de conformidade qualitativa, sem registro de inconformidades.

Diante do exposto, conclui-se que o indicador apresenta elevado nível de maturidade e desempenho assistencial, com adesão praticamente total ao protocolo de cirurgia segura. Entretanto, o cenário atual impõe como principal desafio a excelência na qualidade dos registros, etapa essencial para a consolidação da cultura de segurança do paciente, fortalecimento da governança clínica e sustentabilidade dos resultados a longo prazo.

Plano de Ação

O plano de ação para qualificação do indicador de conformidade do checklist de cirurgia segura será estruturado com foco na melhoria da qualidade, completude e fidedignidade dos registros, considerando que a principal fragilidade identificada no mês de março de 2026 está relacionada ao preenchimento incorreto dos checklists, e não mais à ausência de preenchimento.

Nesse contexto, será realizada a implementação de treinamentos direcionados e práticos no próprio centro cirúrgico, com abordagem objetiva baseada em situações reais de inconformidade identificadas nas auditorias, promovendo maior compreensão dos profissionais quanto aos pontos críticos do documento, especialmente no que se refere a campos obrigatórios, assinaturas e validações em cada etapa do procedimento cirúrgico. Paralelamente, será promovida a padronização visual do checklist, com destaque dos campos obrigatórios e inserção de orientações resumidas no próprio instrumento, facilitando o correto preenchimento no momento da assistência.

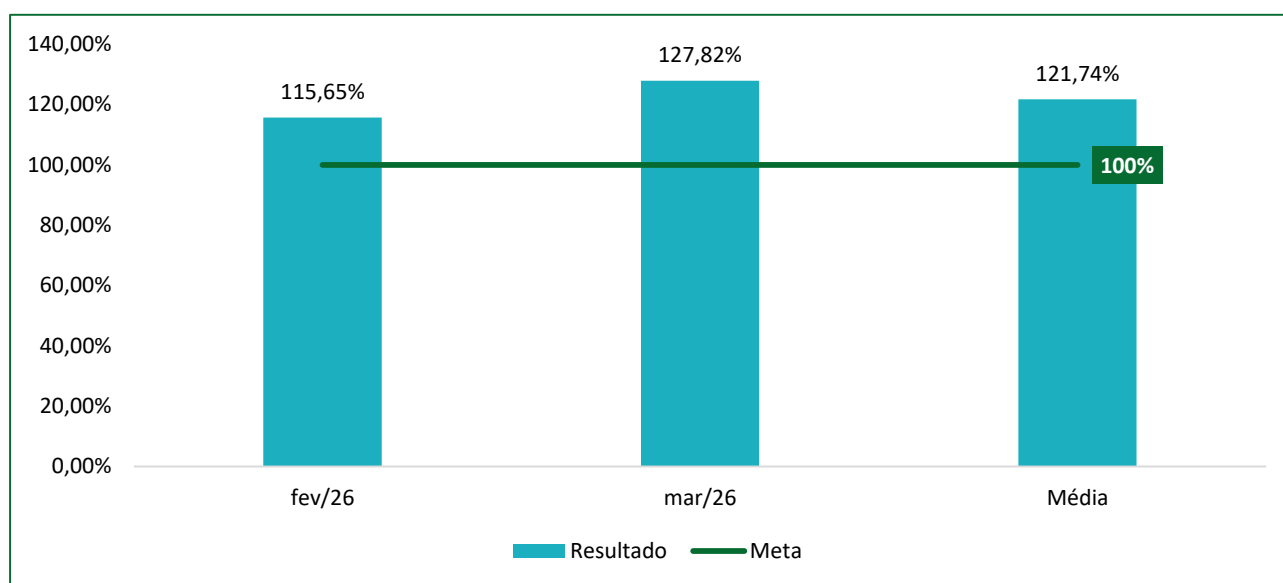
Como estratégia de apoio, será disponibilizado no setor um modelo padrão de checklist corretamente preenchido, servindo como referência contínua para a equipe assistencial. Adicionalmente, será intensificada a realização de auditorias qualitativas diárias por amostragem, com análise dos checklists ao final de cada turno, permitindo a identificação precoce de falhas e a correção em tempo oportuno, evitando a recorrência das inconformidades.

Será reforçada a prática de devolutiva individual e imediata aos profissionais responsáveis pelos registros inadequados, com abordagem educativa e não punitiva, visando promover conscientização e सुधार contínua do processo. Também será formalizada a definição de responsabilidades por etapa do checklist (antes, durante e após o procedimento), garantindo maior clareza quanto ao papel de cada membro da equipe, especialmente do circulante e da equipe médica.

Como medida de segurança adicional, será instituído um checkpoint final obrigatório antes da saída do paciente da sala cirúrgica, condicionando a liberação à conferência completa e correta do checklist, fortalecendo o cumprimento integral do protocolo. Complementarmente, será implementado um indicador qualitativo associado, contemplando o percentual de checklists sem erros e a identificação dos tipos de inconformidades mais frequentes, permitindo monitoramento mais robusto e direcionamento assertivo das ações.

Com a execução dessas estratégias, espera-se alcançar não apenas 100% de preenchimento dos checklists, mas também elevar o nível de conformidade qualitativa para patamares superiores a 98%, consolidando a cultura de segurança do paciente, fortalecendo a governança clínica e garantindo a sustentabilidade dos resultados institucionais.

Gráfico 42: Total de SADT eletivos para a Central de Regulação



Disponibilização dos SADT Conforme Meta Pactuada

Fonte: Regulação HMA (2026)

No período de março de 2026, foram disponibilizadas 4.493 vagas para a realização de exames SADT eletivos, correspondendo a 127,82% da meta pactuada no Contrato de Gestão. No referido período, foram realizados 1.822 exames na competência atual e 154 exames provenientes de competências anteriores, totalizando 1.975 exames realizados. Adicionalmente, foram registradas 677 faltas, evidenciando impacto direto no aproveitamento das agendas disponibilizadas.

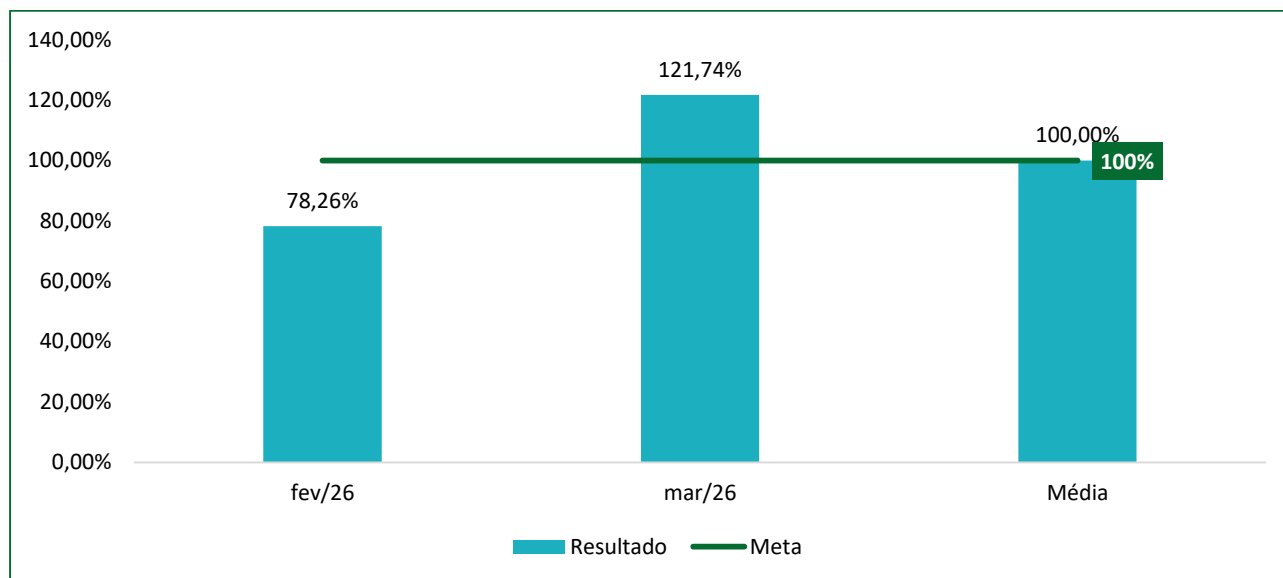
Em comparação ao mês de fevereiro, observa-se evolução na produção assistencial, com aumento no número de exames realizados na competência atual, passando de 1.736 para 1.822 exames. Da mesma forma, os exames oriundos de competências anteriores apresentaram crescimento, passando de 97 para 154 exames. Com isso, o total de exames realizados aumentou de 1.833 para 1.975 exames, representando um acréscimo de 142 exames no período. Por outro lado, o absenteísmo também apresentou aumento, passando de 638 faltas em fevereiro para 677 em março, o que corresponde a um acréscimo de 39 ausências.

Como ponto positivo, destaca-se o aumento da capacidade de oferta, superando a meta contratual, bem como o crescimento da produção assistencial, incluindo a absorção de demandas reprimidas de competências anteriores. Observa-se também maior utilização da capacidade instalada, refletindo melhoria na organização dos fluxos assistenciais e ampliação do acesso aos exames. Como estratégias para manutenção dos resultados, mantém-se a ampliação da oferta conforme a demanda, o monitoramento sistemático das agendas e da produção, a reorganização dos fluxos junto à regulação e o desenvolvimento de ações voltadas à redução do absenteísmo, como confirmação prévia de agendamentos e fortalecimento da comunicação com os usuários.

Conclui-se que houve evolução positiva no desempenho assistencial no mês de março, com aumento significativo na oferta e na realização de exames em comparação ao mês anterior. Entretanto, o absenteísmo permanece como fator crítico, impactando diretamente na eficiência operacional e no melhor aproveitamento das vagas ofertadas, sendo necessária a intensificação de estratégias voltadas à redução das faltas.

Sob a ótica da análise crítica, verifica-se que, embora haja crescimento consistente na oferta e na produção assistencial, o aumento concomitante do absenteísmo evidencia fragilidade no processo de utilização das vagas disponibilizadas. Esse cenário demonstra que a ampliação da oferta, de forma isolada, não garante a maximização dos resultados, sendo fundamental o fortalecimento de ações que promovam a adesão do paciente ao agendamento. Além disso, o aumento dos exames provenientes de competências anteriores reforça a existência de demanda reprimida, que vem sendo gradativamente absorvida. Dessa forma, a manutenção do desempenho assistencial está diretamente relacionada à integração entre oferta adequada, gestão eficiente das agendas e redução do absenteísmo, garantindo maior equilíbrio entre a capacidade instalada e a produção efetivamente realizada.

Gráfico 43: Total de primeiras consultas disponibilizadas no sistema de informação



Fonte: IPM Saúde (2026)

No período de março de 2026, foram disponibilizadas 220 primeiras consultas de Cardiologia – avaliação pré-sedação e 60 primeiras consultas de Plano de Parto, totalizando 280 primeiras consultas, o que correspondeu a 121,74% da meta contratual.

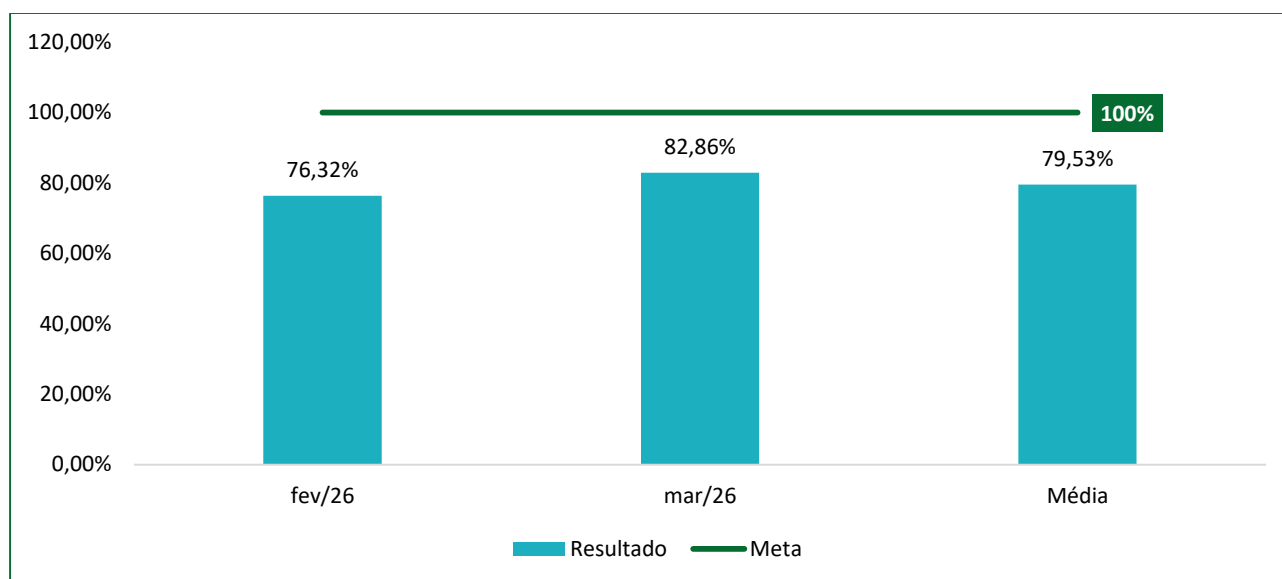
Em comparação, no período de fevereiro de 2026, foram disponibilizadas 120 primeiras consultas de Cardiologia – avaliação pré-sedação e 60 primeiras consultas de Plano de Parto, totalizando 180 primeiras consultas, atingindo 78,26% (setenta e oito vírgula vinte e seis por cento) da meta prevista em contrato de gestão.

Observa-se, portanto, uma evolução significativa no desempenho assistencial, com variação positiva de 43,48 pontos percentuais entre os períodos analisados. Esse resultado está diretamente relacionado à ampliação da oferta de consultas na especialidade de Cardiologia – avaliação pré-sedação, aliada à reorganização das agendas médicas, permitindo maior aproveitamento da capacidade instalada.

Como ponto positivo, destaca-se a capacidade de resposta da unidade frente ao não atingimento da meta no mês anterior, evidenciando efetividade na implementação de estratégias gerenciais. Entre as ações adotadas, ressalta-se a reestruturação das agendas médicas, o monitoramento contínuo da disponibilidade de vagas e o alinhamento com a Secretaria Municipal de Saúde (Central de Regulação de Acesso – CRA), otimizando o fluxo de encaminhamento de pacientes e ampliando o acesso às consultas especializadas.

Conclui-se que o resultado alcançado no mês de março demonstra não apenas o cumprimento da meta contratual, mas também a maturidade dos processos de gestão assistencial, com capacidade de ajuste rápido e eficaz frente às demandas identificadas. A manutenção desse desempenho está condicionada à continuidade das estratégias adotadas, ao monitoramento sistemático da produção e ao alinhamento permanente com a rede de regulação, garantindo a sustentabilidade dos resultados nos períodos subsequentes.

Gráfico 44: Utilização do Sistema de informação da SMSA



Fonte: IPM Saúde (2026)

No período analisado de março, foram agendados 407 atendimentos ambulatoriais, dos quais 355 foram realizados, com registro de 102 ausências. Em relação aos exames, foram agendados 3.100 procedimentos, sendo 1.822 realizados, 677 ausências e 601 cancelamentos. O Sistema IPM apresentou um índice de 82,86% de confirmações, evidenciando que a não conformidade observada está relacionada predominantemente aos cancelamentos, e não à ausência de confirmação dos atendimentos.

No que se refere aos exames de Raios X, foram identificadas falhas operacionais no aplicativo de comunicação WhatsApp, que comprometeram o contato com os pacientes para confirmação e orientação, conforme disposto no Ofício nº 5.791/2025. Essa instabilidade impactou diretamente o fluxo assistencial, contribuindo para o aumento de cancelamentos. Em relação aos exames de Ultrassonografia, houve o cancelamento de 353 exames devido à ausência de profissional habilitado, situação decorrente da troca de Organização Social, que resultou na não formalização do contrato com a médica responsável pelos

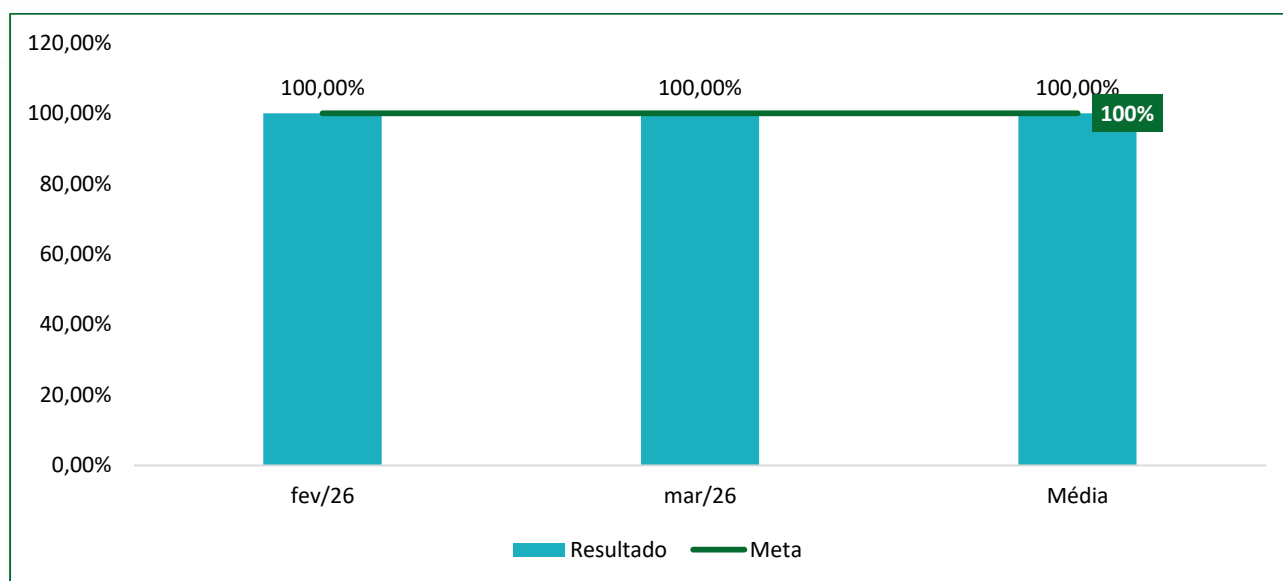
procedimentos. O mesmo cenário foi observado na agenda de Ecocardiograma Fetal, com o cancelamento de 12 pacientes pelo mesmo motivo.

Em comparação ao mês de fevereiro, observa-se que foram agendados 443 atendimentos ambulatoriais, dos quais 291 foram realizados, com 112 ausências e 40 cancelamentos. No mesmo período, foram agendados 3.197 exames, sendo 1.736 realizados, 638 ausências e 823 cancelamentos. Os cancelamentos registrados em fevereiro ocorreram, em sua maioria, devido a problemas no aplicativo de WhatsApp, conforme Ofício nº 5.791/2025, que impossibilitaram a comunicação efetiva com os pacientes. O Sistema IPM apresentou, naquele mês, índice de 76,32% de confirmações, sendo a não conformidade também relacionada aos cancelamentos.

Dessa forma, observa-se que, embora tenha ocorrido redução no número de cancelamentos de exames de 823 em fevereiro para 601 em março, ainda persistem fragilidades operacionais que impactam diretamente o desempenho assistencial. Destaca-se, por outro lado, melhora no índice de confirmações do sistema, indicando avanço na efetividade do processo de comunicação institucional. Entretanto, fatores como a indisponibilidade de profissionais especializados e instabilidades nos canais de comunicação continuam sendo determinantes para o não atingimento pleno das metas.

Sob a ótica da análise crítica, verifica-se que os principais fatores que impactaram o desempenho no período estão relacionados a questões operacionais e administrativas, com destaque para falhas tecnológicas e descontinuidade assistencial decorrente da ausência de profissionais habilitados. Esses elementos refletem diretamente no volume de cancelamentos e na subutilização da capacidade instalada. Assim, reforça-se a necessidade de fortalecimento da gestão contratual, garantia da continuidade assistencial e implementação de estratégias mais robustas de comunicação com os pacientes, visando maior adesão aos atendimentos e otimização dos recursos disponíveis.

Gráfico 45: Número de atualizações diárias no censo da UTI



Fonte: NIR HMA (2026)

No mês analisado, a unidade cumpriu integralmente o envio do censo hospitalar ao Departamento de Urgência e Emergência, alcançando 100% das oportunidades previstas em contrato. As informações foram encaminhadas de forma regular, sistemática e padronizada, com quatro envios diários nos horários pactuados (09h, 14h e 18h), por meio de grupo institucional oficial no aplicativo WhatsApp, assegurando a atualização contínua dos dados assistenciais e operacionais.

O desempenho obtido evidencia a adequada organização dos fluxos internos, o alinhamento entre as equipes assistenciais e administrativas e a clara definição de responsabilidades quanto ao preenchimento e envio do censo hospitalar.

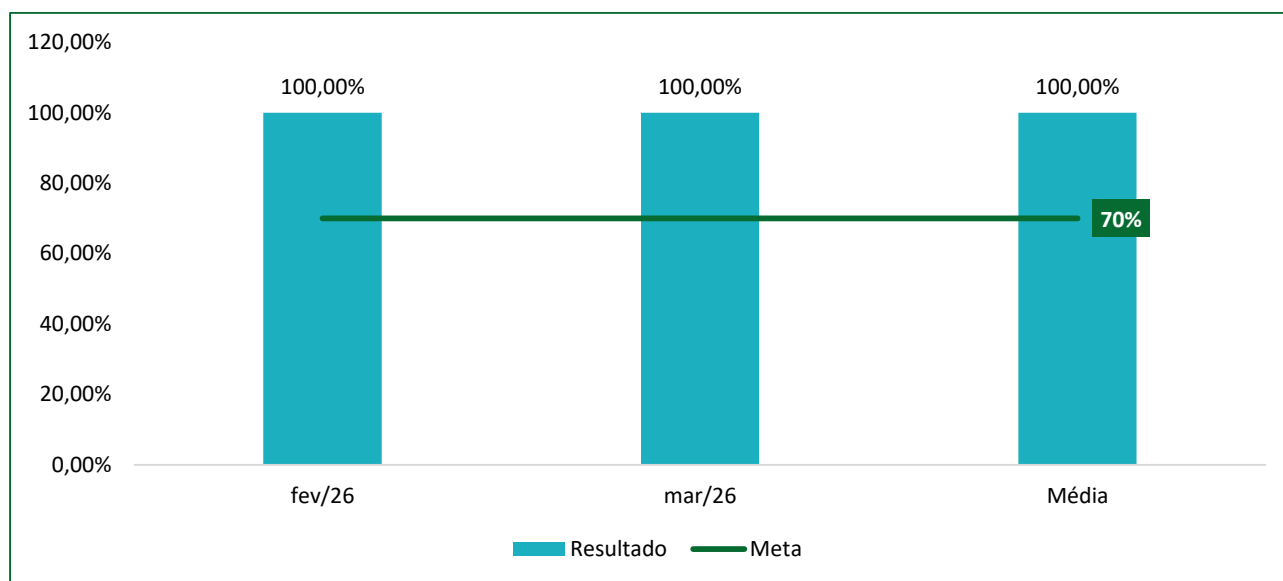
O cumprimento integral da meta demonstra a maturidade do processo de comunicação institucional, contribuindo diretamente para a qualificação da tomada de decisão no âmbito da Urgência e Emergência, especialmente no que se refere à gestão de leitos e à regulação assistencial.

Como pontos positivos, destacam-se o elevado comprometimento das equipes envolvidas, a pontualidade no envio das informações e o uso eficiente das ferramentas institucionais de comunicação, garantindo agilidade, rastreabilidade e confiabilidade dos dados.

Ressalta-se, ainda, a padronização dos horários de envio, aspecto que favorece a previsibilidade e a integração com os fluxos operacionais do Departamento de Urgência e Emergência.

Para a manutenção do indicador dentro da meta estabelecida, a unidade permanece com ações contínuas de monitoramento, incluindo o acompanhamento do cumprimento dos horários pactuados, o reforço periódico das orientações às equipes responsáveis e a supervisão sistemática da rotina de envio, assegurando a efetividade dos mecanismos institucionais de comunicação e controle.

Gráfico 46: Qualidade de Alta Hospitalar



Fonte: NIR HMA (2026)

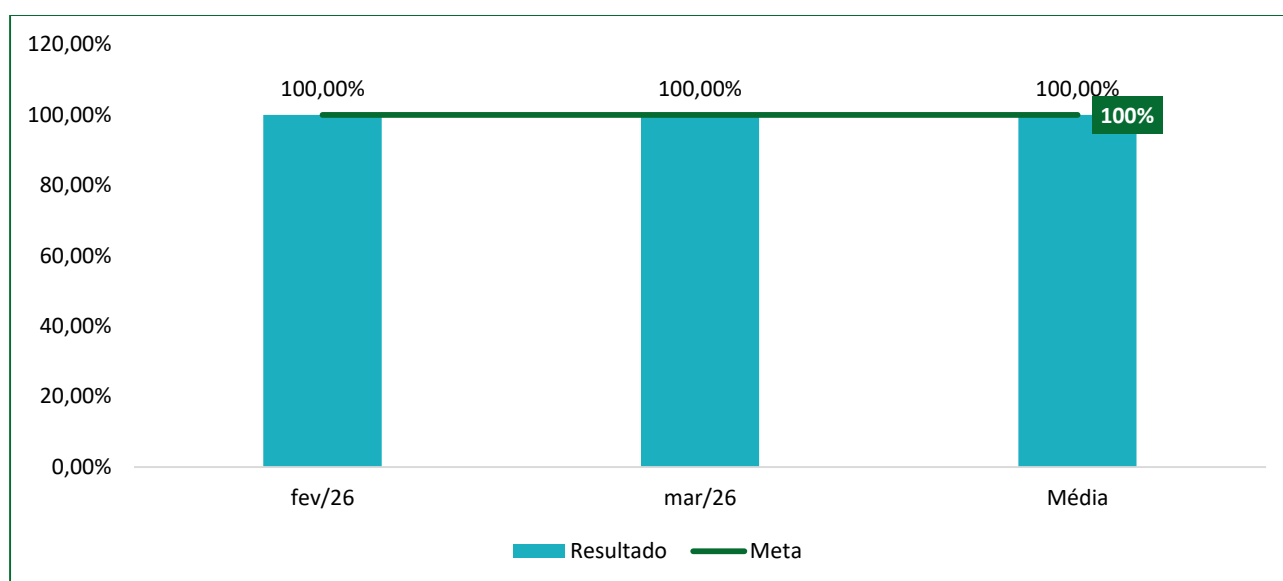
No mês analisado, a taxa de alta referenciada atingiu 100%, superando de forma expressiva a meta mínima pactuada de 70%. O resultado evidencia plena efetividade do processo de alta hospitalar, com o encaminhamento adequado de 609 pacientes, assegurando a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Em comparação ao mês de fevereiro, quando foram registradas 536 altas referenciadas, observa-se um aumento no volume absoluto, sem prejuízo ao desempenho do indicador, que se manteve no patamar máximo.

Como pontos positivos, destaca-se a atuação integrada e articulada das equipes assistenciais em conjunto com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), evidenciando planejamento adequado da alta, comunicação efetiva entre os setores envolvidos e cumprimento rigoroso dos fluxos institucionais estabelecidos, o que contribui para a segurança do paciente e para a efetividade da continuidade assistencial.

Na comparação com os meses anteriores, observa-se a manutenção do desempenho máximo do indicador. No mês de fevereiro, a unidade também alcançou 100% de altas referenciadas, envolvendo 536 pacientes, o que demonstra estabilidade, consistência dos processos e consolidação das práticas adotadas ao longo dos meses analisados.

Para a manutenção desse resultado, a unidade segue com monitoramento sistemático das altas, alinhamento contínuo entre equipes assistenciais e o NIR, além do acompanhamento dos fluxos de referência junto à rede, garantindo a sustentabilidade do indicador e a qualidade do cuidado prestado.

Gráfico 47: Qualidade da alta hospitalar do RN



Fonte: NIR HMA (2026)

No mês analisado, foram registradas 186 altas referenciadas, correspondendo a 100% das altas do setor, evidenciando o cumprimento integral da meta estabelecida. Em comparação ao mês de fevereiro, no qual foram contabilizadas 169 altas referenciadas, observa-se uma discreta redução numérica, sem impacto negativo no desempenho do indicador, uma vez que a totalidade das altas manteve-se devidamente referenciada.

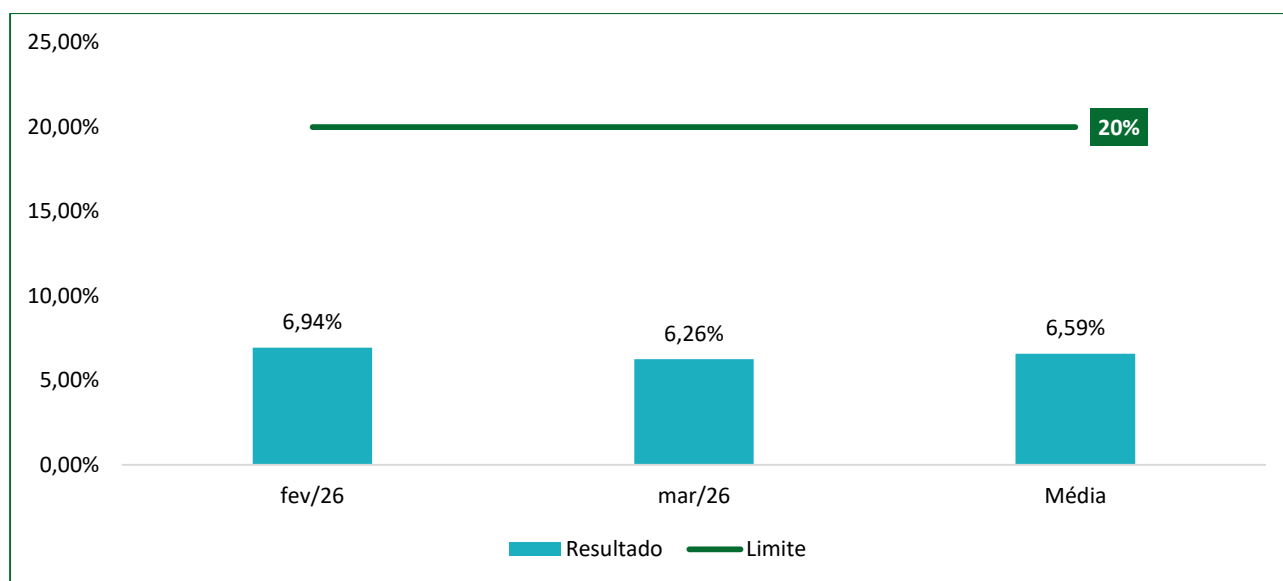
O resultado alcançado demonstra efetividade no processo de alta hospitalar, bem como adequada articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando a continuidade do cuidado aos pacientes após a saída da unidade. A manutenção do percentual de 100% reforça a consistência dos fluxos adotados, independentemente da variação no volume mensal de altas.

Como ponto positivo, destaca-se a atuação integrada das equipes assistenciais em conjunto com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), que tem garantido o correto encaminhamento dos pacientes no momento da alta, com registro adequado, orientações claras aos usuários e familiares e alinhamento aos protocolos institucionais vigentes. Essa integração contribui para a redução de reinternações evitáveis e para o fortalecimento da resolutividade da rede.

Para a manutenção do desempenho do indicador, a unidade segue investindo no monitoramento contínuo das altas, na padronização dos fluxos de referência, na sensibilização das equipes quanto à importância do registro correto e na articulação permanente com os pontos de atenção da rede. Tais ações asseguram a sustentabilidade do resultado obtido e reforçam a qualidade e segurança do cuidado prestado.

Dessa forma, os dados do período analisado confirmam a maturidade dos processos assistenciais e regulatórios da unidade, evidenciando a capacidade de manter o indicador conforme de forma contínua ao longo dos meses.

Gráfico 48: Taxa de readmissão hospitalar em 30 dias um percentual inferior a 20%



Fonte: CATE 1102 (2026)

No mês analisado, foram registradas 39 readmissões hospitalares em um total de 623 internações, conforme dados extraídos do Relatório CATE 1102, resultando em uma taxa de readmissão de 6,26%. O desempenho observado mantém o indicador dentro dos parâmetros pactuados pela instituição, evidenciando conformidade no processo de alta hospitalar e efetividade na continuidade do cuidado assistencial.

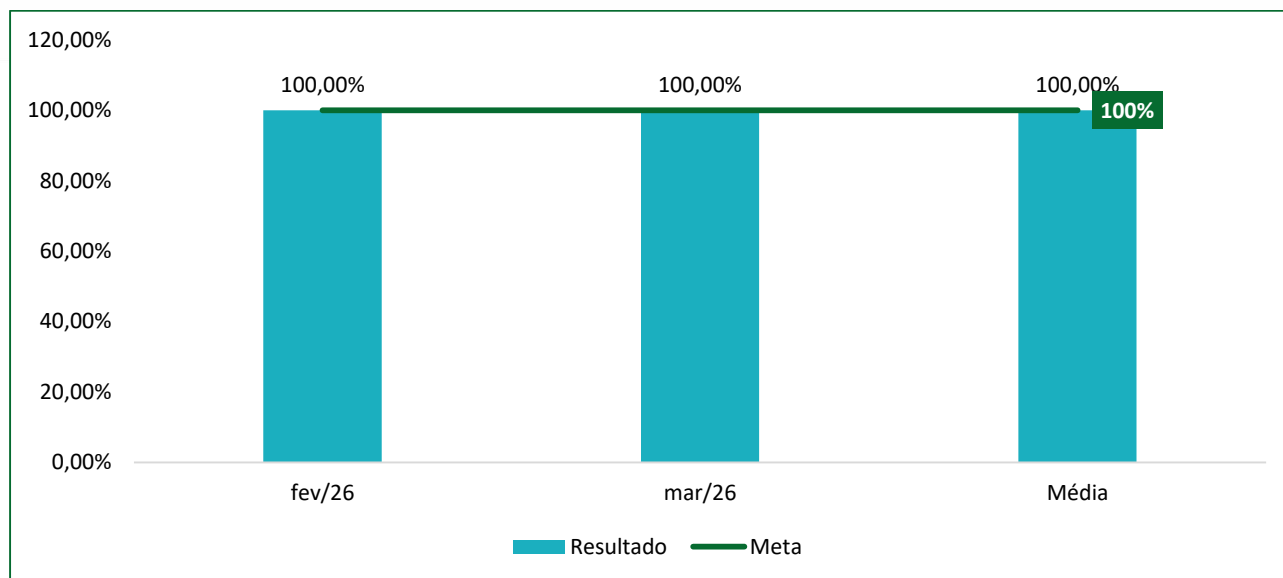
Na análise comparativa com o mês de fevereiro, observa-se que, naquele período, a taxa de readmissão foi de 6,94%, correspondente a 49 readmissões em 576 internações. Verifica-se, portanto, uma redução percentual do indicador, apesar da variação no volume de internações. Ressalta-se que oscilações são esperadas frente ao perfil assistencial e à complexidade dos casos atendidos.

A avaliação qualitativa dos dados não identificou falhas sistêmicas ou desvios relevantes que comprometam a conformidade do indicador, reforçando a segurança e a efetividade dos protocolos institucionais de desospitalização. As readmissões registradas estão majoritariamente associadas à complexidade clínica dos pacientes, incluindo condições crônicas, agravamentos agudos e necessidade de reavaliação em curto prazo, não caracterizando, portanto, fragilidade do processo assistencial.

Destaca-se como pontos positivos a atuação integrada das equipes multiprofissionais, a adesão aos protocolos clínico-assistenciais, o fortalecimento do planejamento de alta e a comunicação efetiva entre os setores assistenciais e de apoio. Evidencia-se ainda o comprometimento das equipes médicas, de enfermagem e do Núcleo Interno de Regulação (NIR) na condução segura das altas, com foco na estabilidade clínica e na orientação adequada aos pacientes e familiares quanto à continuidade do cuidado.

Para manutenção do indicador dentro da meta estabelecida, a unidade segue com monitoramento sistemático das readmissões, incluindo análise periódica dos casos, identificação de causas predominantes e discussão multiprofissional para implementação de ações preventivas. Permanecem reforçadas as estratégias de qualificação do processo de alta, com ênfase na reconciliação medicamentosa, orientações estruturadas ao paciente, agendamento de seguimento ambulatorial quando indicado e articulação com a Rede de Atenção à Saúde, especialmente a Atenção Primária. Adicionalmente, são realizadas revisões clínicas dos casos de readmissão precoce, com foco na melhoria contínua da qualidade e segurança assistencial.

Gráfico 49: Percentual de registro hospitalar



Fonte: Faturamento HMA (2026)

No mês de março de 2026, foram apresentadas 620 (seiscentas e vinte) Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para um total de 609 (seiscentas e nove) saídas hospitalares. A diferença observada entre os quantitativos está tecnicamente justificada pelos seguintes fatores: incorporação de 07 (sete) AIHs decorrentes de desdobramentos por reoperações ou mudanças de procedimento; subtração de 02 (duas) AIHs com permanência inferior a 72 (setenta e duas) horas para o mesmo diagnóstico, conforme critérios de faturamento; e incorporação de 06 (seis) AIHs provenientes de altas ocorridas no mês anterior. Ressalta-se ainda que o comprovante de transmissão da produção de AIH aprovada é disponibilizado pelo Núcleo de Auditoria em Saúde no vigésimo dia do mês subsequente.

Em comparação, no mês de fevereiro de 2026, foram apresentadas 586 (quinhentas e oitenta e seis) AIHs para um total de 576 (quinhentas e setenta e seis) saídas hospitalares. A variação entre esses dados foi igualmente justificada por 11 (onze) AIHs incorporadas em decorrência de desdobramentos por reoperações ou mudanças de procedimento, bem como pela subtração de 11 (onze) AIHs com permanência inferior a 72 horas para o mesmo diagnóstico, em conformidade com os critérios de faturamento vigentes.

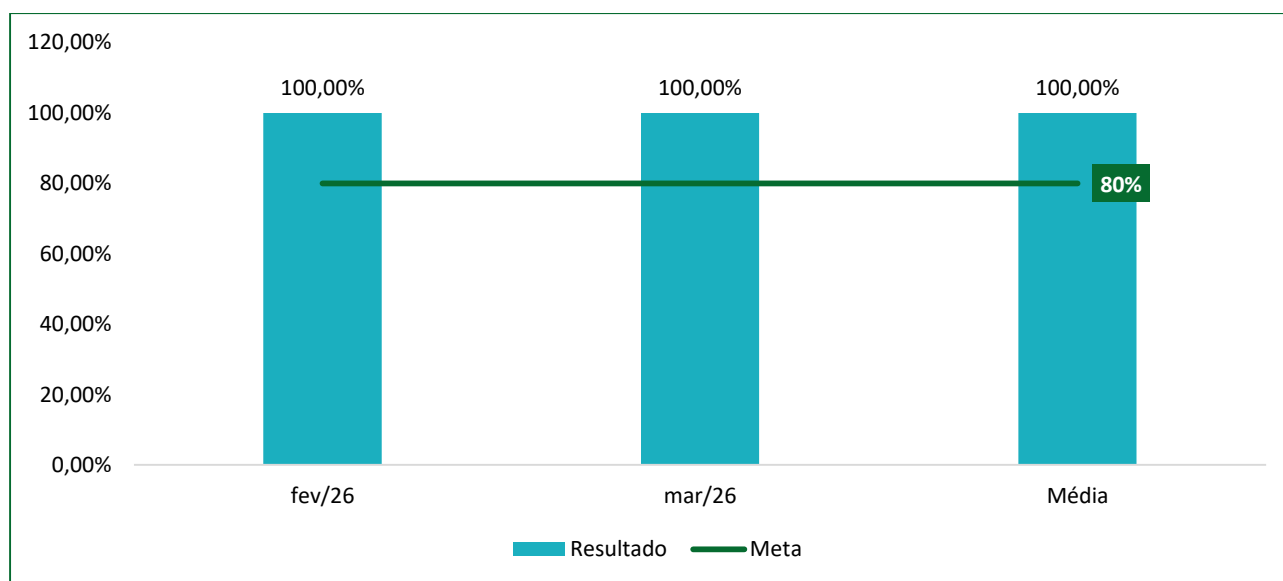
Na análise comparativa, observa-se incremento na produção de AIHs e no número de saídas hospitalares no mês de março em relação a fevereiro, evidenciando aumento da produção assistencial e maior movimentação hospitalar. A manutenção da coerência entre os dados apresentados demonstra consistência nos processos de registro, faturamento e auditoria, garantindo fidedignidade das informações.

Como ponto positivo, destaca-se a adequada gestão dos processos de faturamento hospitalar, com correta aplicação dos critérios técnicos para inclusão e exclusão de AIHs, além do alinhamento com as normativas vigentes. A rastreabilidade das informações e a transparência na justificativa das variações reforçam a confiabilidade dos dados apresentados.

As estratégias adotadas incluem o monitoramento contínuo das internações e saídas hospitalares, a integração entre os setores assistenciais e administrativos e o acompanhamento sistemático dos critérios de faturamento, assegurando conformidade e qualidade na informação produzida.

Conclui-se que o desempenho observado no mês de março consolida a eficiência dos processos de gestão hospitalar, com produção compatível com a capacidade instalada e aderência aos critérios técnicos estabelecidos. A continuidade do acompanhamento rigoroso e da padronização dos processos será essencial para manter a qualidade, a transparência e a conformidade das informações assistenciais e financeiras.

Gráfico 50: Manifestações da Ouvidoria



Fonte: Ouvidoria HMA (2026)

No mês de março, foram registradas 28 manifestações, distribuídas da seguinte forma: 14 atendimentos via canal online (Atende Net), 7 atendimentos presenciais e 7 atendimentos por telefone. Todas as demandas foram encaminhadas aos setores competentes para avaliação e adoção das medidas necessárias, sendo tratadas dentro dos prazos estabelecidos. As manifestações registradas trataram, em sua maioria, de aspectos relacionados à demora no atendimento e à qualidade do atendimento, especialmente no que se refere às condutas médicas.

Todas foram devidamente direcionadas aos responsáveis para análise, com posterior retorno aos usuários, assegurando transparência no processo e efetividade nas respostas.

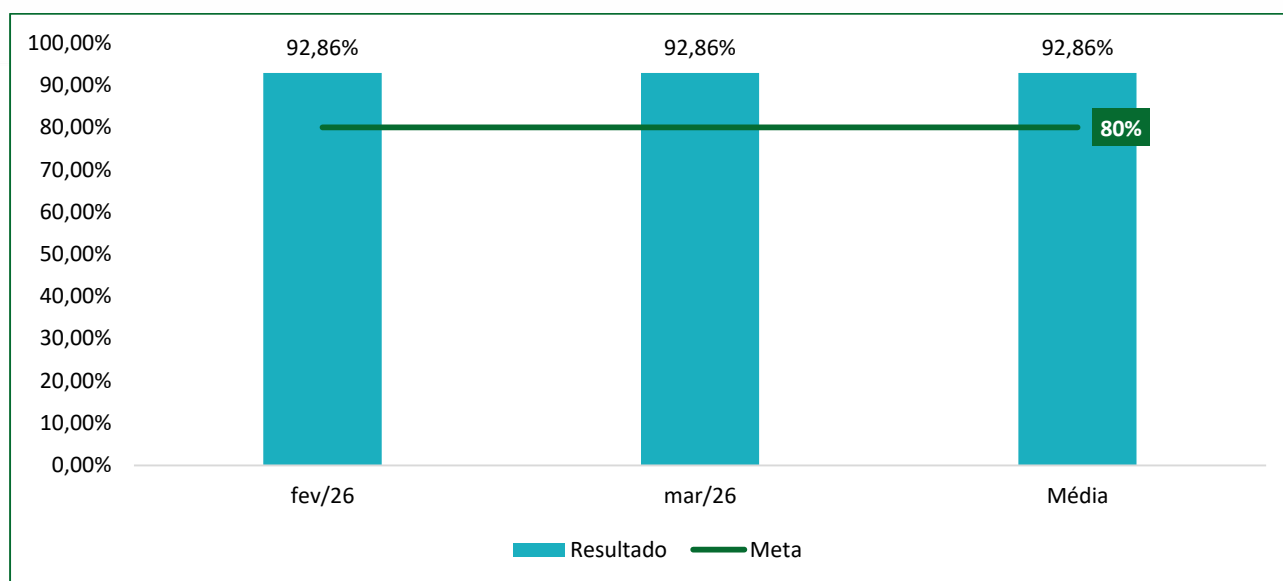
No mês de fevereiro, a unidade registrou um total de 10 manifestações, apresentando conformidade quanto ao tempo de resposta e resolatividade. Em comparação ao mês de janeiro, que contabilizou 8 manifestações, observa-se uma variação quantitativa esperada.

Ao comparar fevereiro com março (28 manifestações), verifica-se um aumento no número de registros, o que pode estar relacionado à ampliação do acesso aos canais de comunicação e maior adesão dos usuários. Em fevereiro, a distribuição dos canais ocorreu da seguinte forma: 4 atendimentos via canal online (Atende Net), 4 presenciais, 1 por telefone e 1 denúncia, demonstrando a diversidade e acessibilidade dos meios disponibilizados. Entre os principais pontos positivos, destacam-se o cumprimento dos prazos estabelecidos para resposta, a organização no fluxo de tratamento das demandas e a efetividade na devolutiva aos usuários.

Como estratégias de melhoria contínua, foram promovidos encontros de alinhamento com as equipes envolvidas, com foco na qualificação dos fluxos de atendimento e no fortalecimento da comunicação interna. Paralelamente, permanecem em andamento os planos de ação definidos pelas coordenações, com ênfase na melhoria do acolhimento e na agilidade das respostas, visando maior resolatividade das manifestações.

Evidenciam avanço na gestão das manifestações, com manutenção da qualidade no atendimento, mesmo diante do aumento no número de registros em março. A unidade segue atuando de forma organizada e eficiente, garantindo o tratamento adequado das demandas, transparência nos processos e melhoria contínua dos serviços prestados, contribuindo diretamente para a satisfação dos usuários.

Gráfico 51: Atividades das Comissões Obrigatórias



Fonte: Qualidade HMA (2026)

No mês de março, foram realizadas 13 comissões obrigatórias previstas em contrato, além de uma comissão adicional em conformidade com as Resoluções de Diretoria Colegiada e diretrizes do Ministério da Saúde. A unidade hospitalar dispõe de 17 comissões formalmente implantadas, abrangendo instâncias estratégicas para a governança assistencial, segurança do paciente e qualificação dos processos institucionais, incluindo Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Núcleo de Educação Permanente, Comissão de Farmácia e Terapêutica e Padronização de insumos, medicamentos, saneantes e novas tecnologias, Gerenciamento de Resíduos, Cuidados Paliativos, Proteção Radiológica, Humanização, Epidemiologia, Revisão de Prontuário, Serviço de Atendimento ao Usuário, Comitê Transfusional, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Núcleo Interno de Regulação, Comissão de Aleitamento Materno, Comissão de Óbito Adulto e Comissão de Óbito Materno, Infantil e Neonatal, estas últimas estruturadas de forma independente com vistas ao aprofundamento técnico das análises.

Dentre as comissões existentes, quinze atendem às exigências contratuais, enquanto duas possuem respaldo direto em normativas legais específicas, sendo a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, conforme Portaria nº 2616 de 1998, e a Comissão de Aleitamento Materno, alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde para promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno.

Ressalta-se que as Comissões de Ética Médica e de Ética de Enfermagem encontram-se em fase de estruturação, com pendência relacionada à regularização do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, atualmente em tramitação cartorial. A

conclusão deste processo é condição indispensável para emissão das respectivas responsabilidades técnicas e posterior formalização junto aos conselhos de classe competentes.

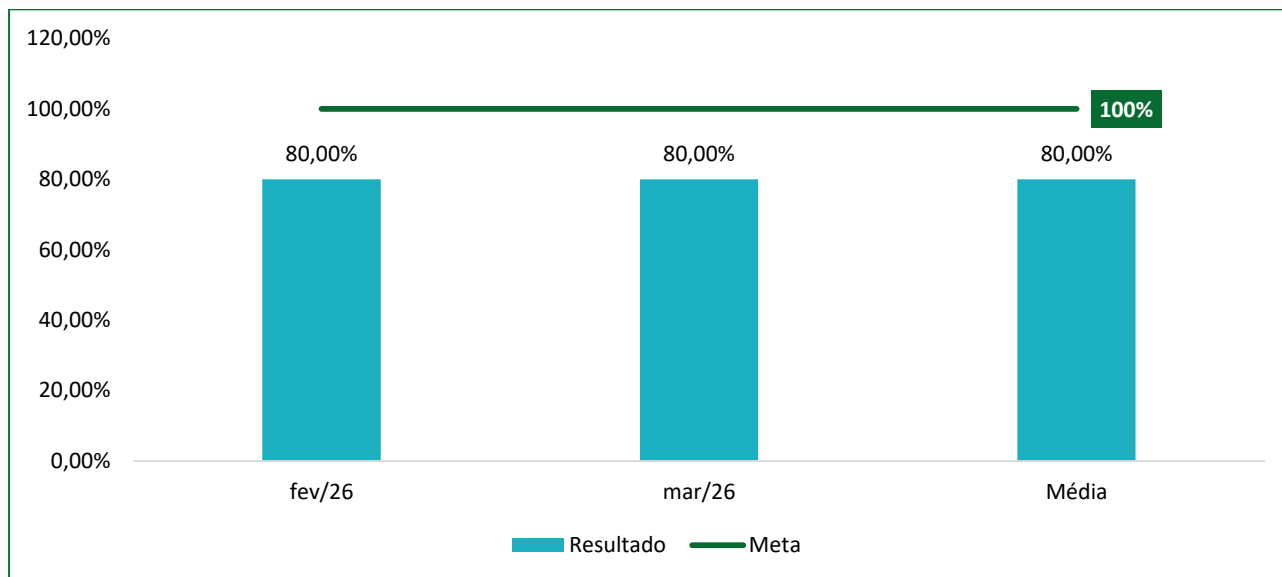
Sob a perspectiva da análise crítica, verifica-se que a instituição apresenta estrutura organizacional robusta no que se refere à implantação de comissões obrigatórias e estratégicas, evidenciando aderência aos requisitos contratuais e normativos vigentes. Entretanto, a realização de 13 comissões no período, embora significativa, indica oportunidade de aprimoramento quanto à regularidade e integralidade do funcionamento das instâncias colegiadas previstas, especialmente considerando o total de comissões existentes.

Adicionalmente, a ausência temporária das Comissões de Ética Médica e de Ética de Enfermagem representa uma fragilidade relevante no contexto da governança clínica e do fortalecimento das boas práticas profissionais, uma vez que tais instâncias desempenham papel fundamental na mediação de condutas, no suporte às equipes e na consolidação de uma cultura institucional pautada na ética e na responsabilidade assistencial.

Nesse contexto, torna-se imprescindível a priorização da regularização documental e a consequente implantação dessas comissões, bem como o fortalecimento do monitoramento sistemático das reuniões realizadas, com garantia de periodicidade, registro formal e acompanhamento das deliberações. Tais medidas são essenciais para assegurar maior efetividade das ações, integração entre os setores e consolidação de uma gestão participativa, orientada pela melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado prestado.

Dessa forma, conclui-se que, apesar do adequado nível de estruturação institucional, ainda há necessidade de avanços na consolidação operacional das comissões, especialmente no que se refere à regularidade das reuniões e à completude das instâncias obrigatórias, visando pleno atendimento às diretrizes normativas e fortalecimento da governança institucional.

Gráfico 52: Preenchimento Completo do Prontuário Eletrônico/Digital Do Paciente



Fonte: Comissão Prontuário HMA (2026)

O indicador de Prontuário foi acompanhado de forma contínua ao longo da vigência contratual, por meio de auditorias mensais conduzidas pela Comissão de Prontuário, em conformidade com a metodologia previamente pactuada. Na competência de dezembro, o processo avaliativo ocorreu conforme o planejado, garantindo a análise sistemática dos critérios assistenciais e a consolidação dos resultados, o que evidencia a manutenção do monitoramento regular do indicador.

A estabilidade observada no resultado de dezembro deve ser analisada à luz do método de mensuração adotado, fundamentado em auditoria por amostragem fixa. Tal metodologia restringe a identificação de variações incrementais de desempenho em curto prazo, sobretudo quando as melhorias implementadas ocorrem de forma gradual nos processos assistenciais.

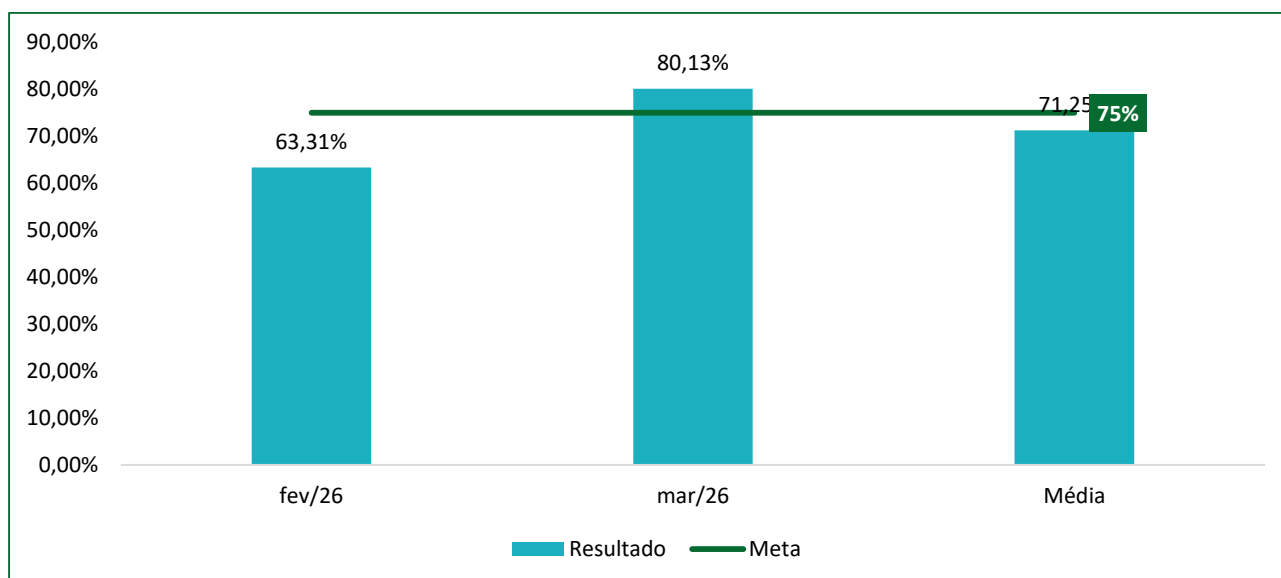
As auditorias realizadas possibilitaram a identificação de não conformidades pontuais, bem como de oportunidades de melhoria, subsidiando orientações direcionadas às equipes assistenciais e contribuindo para a manutenção de um padrão mínimo de qualidade documental. Dessa forma, a constância do indicador reflete a sustentação de um nível assistencial consistente, sem evidências de regressão na qualidade dos registros clínicos.

Como desdobramento da análise crítica, foram identificadas oportunidades de aprimoramento do próprio processo avaliativo, especialmente no que se refere à padronização dos critérios e dos instrumentos de auditoria. Nesse contexto, encontra-se em execução um Plano de Ação, sob acompanhamento do setor de

Qualidade, por meio do Protocolo Interno nº 2026004129, com foco no fortalecimento da confiabilidade e da sensibilidade do indicador.

Destaca-se, ainda, a atuação efetiva da Comissão de Revisão de Prontuários na unidade, que, em comparação aos meses anteriores, passará a exercer papel ainda mais estratégico, apoiando a discussão sistemática das não conformidades identificadas, o registro formal em ata e a proposição de ações voltadas à melhoria contínua, contribuindo para o fortalecimento da governança clínica e da qualidade da assistência prestada.

Gráfico 53: Índice De Capacitação Em Metas De Segurança Do Paciente



Fonte: Qualidade HMA (2026)

No mês de março de 2026, o Núcleo de Educação Permanente conduziu, acompanhou, sugeriu e cobrou a realização de treinamentos voltados ao fortalecimento das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, com foco em comunicação, identificação correta do paciente, controle de infecção e uso seguro de medicamentos. Foram selecionados temas estratégicos que compõem o cálculo do indicador de Metas de Segurança, organizados por meta da seguinte forma:

Meta 1 – Identificação Correta do Paciente:

- Importância da informação precisa dos dados do RN na carteira de identificação (37 participações)

Meta 2 – Comunicação Efetiva:

- Registro de enfermagem e utilização da ferramenta SBAR (95 participações)

- Comunicação assertiva no hospital: construindo relações saudáveis e eficazes (53 participações)

- Comunicação efetiva vinculada aos aspectos éticos (5 participações)

- Padronização e implementação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) (10 participações)

- Ciclo de melhoria contínua na segurança do paciente: revisão de não conformidades setoriais (16 participações)

Meta 3 – Uso Seguro de Medicamentos:

- Meta 3 – Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (69 participações)

- Dispensação segura de medicamentos especiais (22 participações)

- Protocolo de insulina em Bomba Infusora (5 participações)

Meta 5 – Controle de Infecção Hospitalar:

- Prevenção e manejo de infecção na assistência de enfermagem UNIDADE TERAPIA INTENSIVA NEO e Pediatria (37 participações)

- Higiene oral do RN em UTI neonatal: prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação mecânica (14 participações)

O total de participações nesses treinamentos foi de 363 colaboradores, resultando em 80,13% de cobertura quando calculada sobre o total institucional de 453 colaboradores, superando o patamar mínimo contratual de 75%. Esse resultado demonstra crescimento consistente na adesão às capacitações e reforça a prioridade institucional na consolidação da cultura de segurança do paciente. Treinamentos como SISTEMA DE AVALIAÇÃO BASEADO EM RISCO, PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO e ciclo de melhoria contínua promovem integração entre comunicação, práticas seguras e acompanhamento de não conformidades, fortalecendo a maturidade do processo educativo.

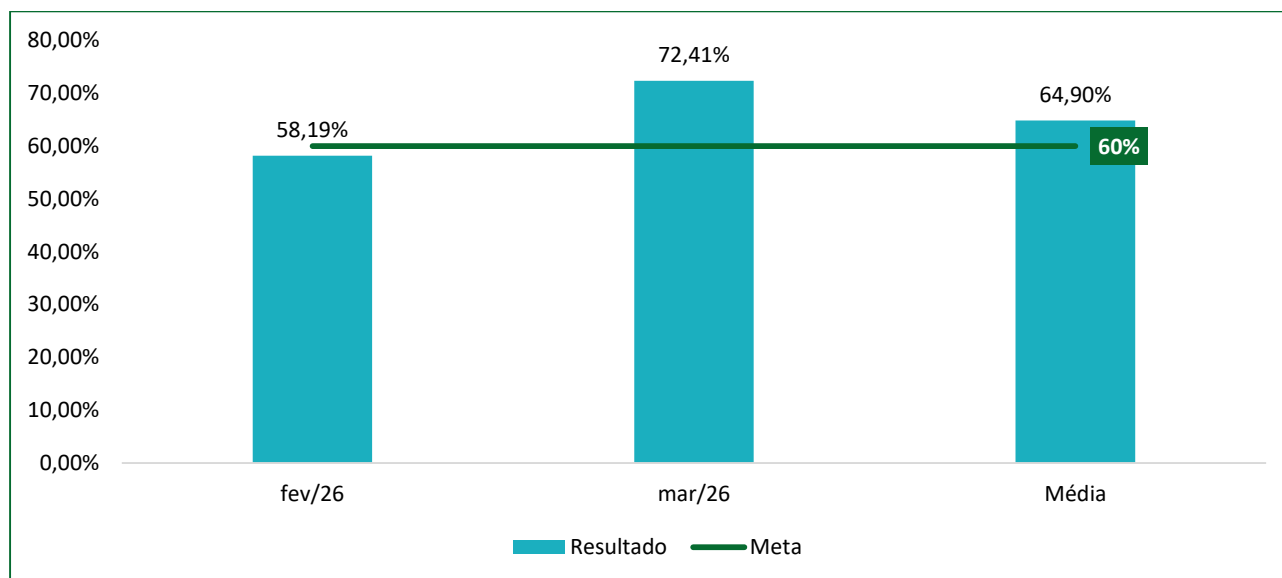
Apesar do resultado quantitativo positivo, a análise ainda considera apenas o número total de participações, sem individualizar a cobertura real por colaborador. Isso significa que alguns profissionais podem ter participado de múltiplos treinamentos, enquanto outros não participaram de nenhum, impactando a equidade e a fidelidade do indicador. Em alguns casos, os responsáveis pelos treinamentos ainda não registraram corretamente o número do público-alvo ou o alcance completo das turmas, o que limita a capacidade de cálculo preciso do percentual de cobertura real.

O Núcleo de educação permanente, além de conduzir alguns treinamentos, acompanha e sugere a realização dos demais, realiza a cobrança para que sejam executados, efetua o fechamento do indicador e produz a análise crítica. Apesar desse acompanhamento, é fundamental que os responsáveis pelos treinamentos e gestores de cada setor assumam compromisso ativo, participando das capacitações quando aplicável, encaminhando os colaboradores adequados conforme público-alvo definido e assegurando que cada treinamento alcance todos os colaboradores previstos, de forma a atender integralmente o público-alvo, evitando que a execução fique restrita a apenas uma turma ou participação simbólica.

O preenchimento correto dos formulários, incluindo a quantidade de participantes e o público-alvo, é essencial para calcular o percentual parcial de cada treinamento e, posteriormente, consolidar a média total, gerando um indicador mais fiel e confiável. Esse procedimento permitirá obter um retrato mais realista do alcance das Metas de Segurança do Paciente e fortalecerá o monitoramento institucional da educação permanente.

Em conclusão, o indicador de Metas de Segurança do Paciente permaneceu acima da meta mínima contratual, refletindo o empenho do Núcleo de educação permanente em conduzir, acompanhar e avaliar os treinamentos. Ao mesmo tempo, a consolidação da maturidade do processo educativo depende do registro completo e fiel das participações e do público-alvo, bem como do comprometimento contínuo dos responsáveis pelos treinamentos em garantir que todos os colaboradores previstos tenham acesso efetivo às capacitações, fortalecendo a cultura de segurança do paciente em toda a instituição.

Gráfico 54: Índice De Atualização Profissional Em Práticas Assistenciais



Fonte: Qualidade HMA (2026)

No mês de março de 2026, foram realizados 27 treinamentos institucionais, distribuídos entre os eixos do Programa de Educação Permanente:

- Metas de Segurança do Paciente: 11 treinamentos
- Práticas e Protocolos Assistenciais: 11 treinamentos
- Outros (gestão, processos administrativos e saúde do trabalhador): 6 treinamentos

O tema Registro de Enfermagem e utilização da ferramenta Sistema de Avaliação Baseado em Risco foi considerado comum entre Metas e Práticas, refletindo sua importância tanto para comunicação segura quanto para padronização de registros assistenciais.

Os treinamentos classificados como Práticas e Protocolos Assistenciais, com número de participantes, foram:

- Sistema de Avaliação Baseado em Risco SBAR (comum Metas/Práticas): 95
- Suporte avançado de vida em pediatria: 15

- Capacitação em classificação de risco: 39
- Uso do leite humano na maternidade: 23
- Oxigenoterapia e seus dispositivos: 82
- Higiene oral do RN na maternidade: 10
- Armazenamento e conservação de hemocomponentes: 10
- Assistência de enfermagem ao paciente crítico neonatal e pediátrico: 23
- Conceito e importância do balanço hídrico: 9
- Fluxo do paciente cirúrgico: admissão, transoperatório e recuperação pós-anestésica: 13
- Atuação da enfermagem no apoio a exames diagnósticos: 9

O total de participações nos treinamentos classificados como práticas foi de 328 colaboradores. Aplicando a fórmula contratual sobre o efetivo institucional de 453 colaboradores: $328/453 \times 100 \approx 72,4\%$.

O indicador de práticas/protocolos assistenciais superou a meta mínima de 60%, evidenciando quantitativamente bom alcance. Contudo, assim como nas Metas de Segurança, este cálculo considera o total de participações, sem individualizar a cobertura real por colaborador. Alguns profissionais podem ter participado de múltiplos treinamentos, enquanto outros não participaram de nenhum, impactando a equidade na distribuição das capacitações.

O Núcleo de Educação Permanente conduziu alguns treinamentos, sugeriu, acompanhou, cobrou a realização dos demais, fez o fechamento do indicador e elaborou a análise crítica, garantindo alinhamento com os protocolos institucionais. Para assegurar efetividade, é necessário que os responsáveis pelos treinamentos e lideranças setoriais:

- Encaminhem corretamente os colaboradores conforme o público-alvo definido;
- Assegurem que cada turma atinja todos os colaboradores previstos;

- Realizem o preenchimento adequado dos formulários, incluindo número de participantes e público-alvo, permitindo cálculos mais fiéis do indicador.

Treinamentos estruturados por eixo assistencial apresentam melhor adesão, especialmente quando alinhados à rotina diária, sendo a equipe de enfermagem o principal público e executora das práticas assistenciais. O acompanhamento contínuo das participações e a verificação do público-alvo pelos gestores, são essenciais para que o indicador reflita não apenas a quantidade de capacitações realizadas, mas também a cobertura real e o impacto na prática clínica.

Em síntese, o indicador de práticas/protocolos assistenciais de março apresenta resultado quantitativo positivo ($\approx 72,4\%$), superior à meta mínima contratual. A consolidação do impacto assistencial depende do registro completo, monitoramento individualizado e engajamento das lideranças, garantindo que todas as equipes tenham acesso efetivo às capacitações.

3. METAS QUANTITATIVAS

No que se refere à apuração e ao acompanhamento das metas quantitativas, verifica-se que, no mês avaliado, a unidade obteve desempenho expressivamente satisfatório, atingindo 92,0 pontos de um total de 115,80 pontos previstos nos indicadores pactuados no Contrato de Gestão. Ressalta-se que todos os dados, relatórios e documentos analíticos utilizados para a mensuração, validação e comprovação dos resultados encontram-se devidamente organizados, registrados e arquivados, permanecendo à disposição da Comissão de Avaliação para conferência, auditoria ou solicitação complementar, sempre que necessário.

Na sequência, apresenta-se a tabela consolidada com os resultados apurados, seguida das respectivas análises técnicas e discussões individualizadas de cada indicador avaliado.

Tabela 3: Indicadores quantitativos.

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
1	Manter Equipe Médica Conforme Escala Pré Definida (24h)	≥ 100%	4	4 Pontos / Não atende 0 Pontos	100%	4,0
2	Manter Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais	≥12h semanais	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo	100%	-
3	Coordenador Médico Clínica Cirúrgica	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
4	Coordenador Médico Clínica Médica	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
5	Coordenador Médico Pediatra	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
6	Coordenador Médico Ginecologia e Obstetrícia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
7	Coordenador Médico Anestesiologia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
8	Coordenador Médico Ortopedia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
9	Coordenador Médico UTI	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
10	Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais	≥20h semanais	3	3 Pontos / Não atende 0 Pontos	100%	3,0
11	Realizar No Mínimo Saídas Hospitalares	439	15	De 90 a 100% da meta = 15 pontos De 80 a 89% = 8 pontos De 70 a 79% = 5 pontos. Menor que 70% da meta = 0 pontos	509	15
12	Realizar o Valor Mínimo de Cirurgia Eletiva	145	-	As metas serão avaliadas	120	-



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
				individualmente por procedimento,		
13	Cirurgia Geral	20	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	19	3,0
14	Cirurgia Videolaparoscopia Geral	10	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	10	1,0
15	Cirurgia Coloproctologia Geral	10	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	0	0,0
16	Cirurgia Pediátrica	20	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	19	3,0
17	Cirurgia Ginecológica	40	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	43	3,0
18	Cirurgia Ginecológica – Endometriose Videolaparoscopia	4	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	7	3,0
19	Cirurgia Ginecológica Outras	6	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	7	3,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
20	Cirurgia Ortopédica de baixa e média complexidade	5	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	3,0
21	Laqueadura eletiva	5	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	4	3,0
22	Laqueadura pós parto normal	5	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	1	0,0
23	Cirurgia Vascular	20	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	18	3,0
24	Realizar no Mínimo de consultas ambulatoriais eletivas	230	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	280	-
25	Cardiologia, avaliação pré sedação	200	4	De 90 a 100% da meta = 4 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	87	0,0
26	Plano Parto	30	4	De 90 a 100% da meta = 4 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	43	4,0
27	Realizar no mínimo de Cirurgias ambulatoriais eletivas	105	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo	86	-



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
				Conforme abaixo:		
28	Vasectomia	5	5	De 90 a 100% da meta = 5 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	5,0
29	Cirurgias Ambulatoriais	50	5	De 90 a 100% da meta = 5 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto	33	1,0
30	Varizes Espuma	50	5	De 90 a 100% da meta = 5 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	43	1,0
31	Realizar exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA	3515	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo	1,975	-
32	Mamografia	300	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	332	2,8
33	Radiodiagnostico	2000	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	869	1,0
34	Ultrassonografia	800	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	427	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
35	Ultrassonografia para mapeamento de endometriose	10	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	11	2,8
36	Ecocardiograma Adulto/Infantil	60	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	70	2,8
37	Teste Ergométrico	30	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	21	1,0
38	Eletrocardiograma	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	89	2,8
39	Biópsia de Próstata	5	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	3	1,0
40	Endoscopia	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	74	1,0
41	Colonoscopia	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos	79	1,0



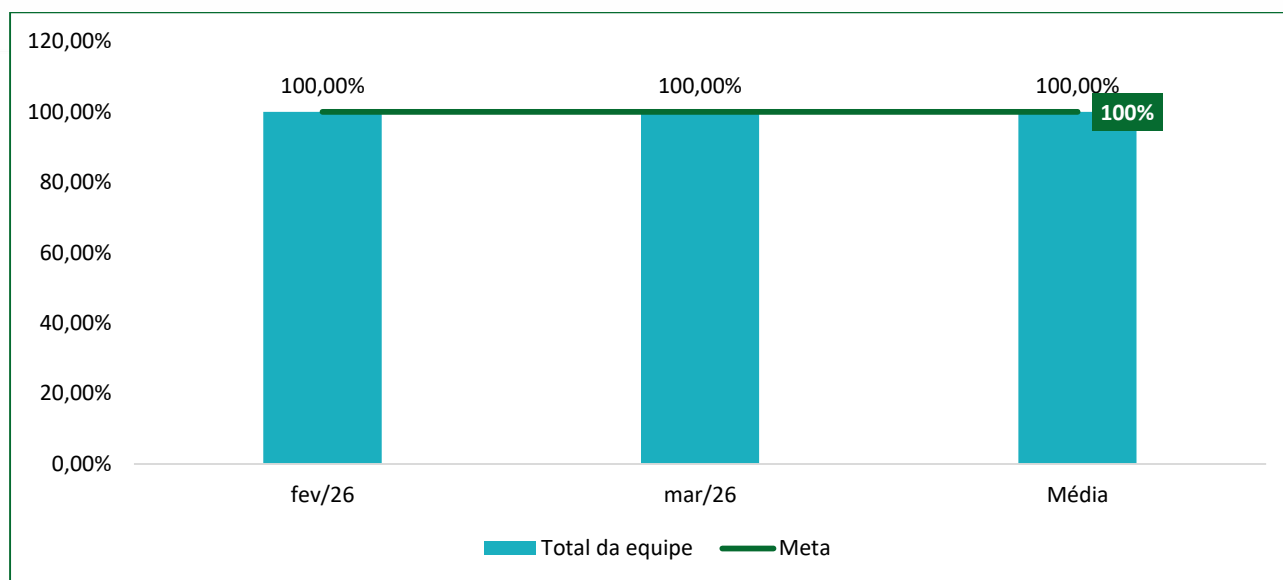
GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
				De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos		
42	Ecocardiograma Fetal	10	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	0	0,0
TOTAL			115,80	RESULTADO		92,0

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026).

Gráfico 55: Equipe médica do HMA – 24H



Fonte: Ponto médico (2026)

No fechamento da prestação de contas referente ao mês de março de 2026, o indicador de cumprimento da carga horária médica atingiu a meta contratual, com 100% de execução. Foram realizadas 19.316 horas, frente às 13.966,50 horas previstas contratualmente, evidenciando desempenho global satisfatório.

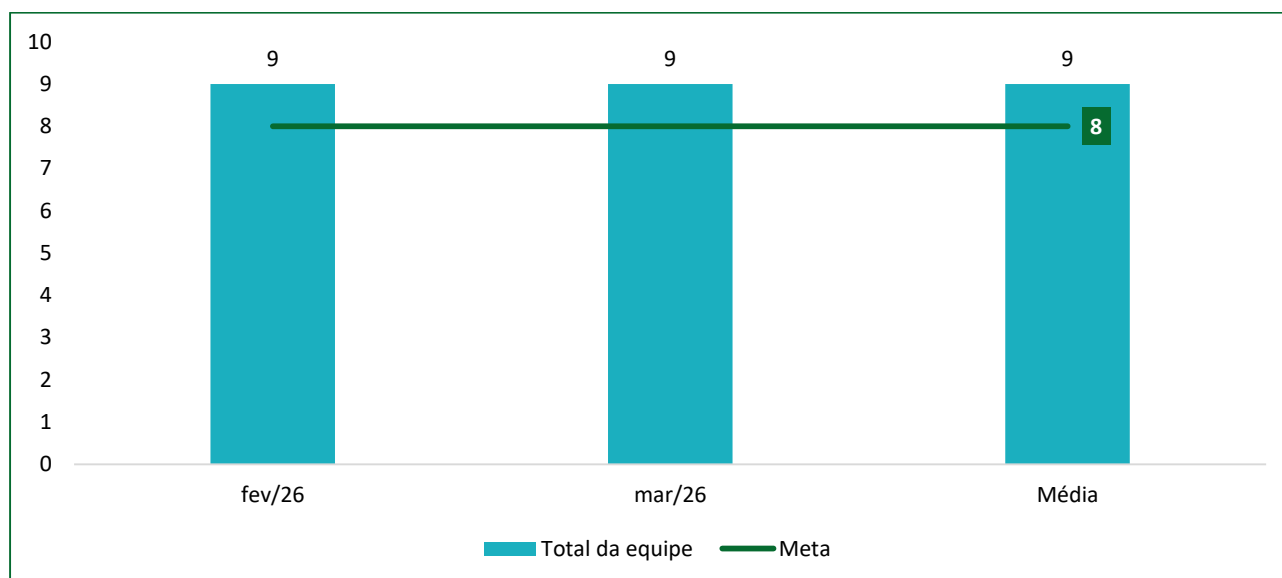
Na especialidade de Infectologia, foram executadas 87,00 horas das 87,00 horas previstas. Todas as equipes assistenciais médicas do Hospital Municipal de Araucária demonstraram conformidade plena com os regimes de trabalho estabelecidos, registrando o cumprimento integral das cargas horárias mínimas exigidas no contrato vigente.

Prossegue o monitoramento sistemático e rigoroso das escalas de serviço em todas as áreas especializadas. Esta fiscalização é articulada com a interlocução estratégica e direta junto à empresa médica provedora do serviço. O objetivo central é mitigar o risco de vacâncias não cobertas e, com isso, garantir a continuidade, a ininterrupção e a qualidade da assistência clínica fornecida aos usuários.

O equilíbrio do indicador global foi assegurado pela intensificação dos plantões em Ortopedia e Clínica Médica, visando suprir o aumento sazonal de demandas urgentes excluindo os casos acima, todas as equipes assistenciais médicas nas demais especialidades do Hospital Municipal de Araucária demonstraram conformidade plena com os regimes de trabalho estabelecidos, registrando o cumprimento integral das cargas horárias mínimas exigidas no contrato vigente.

Prossegue o monitoramento sistemático e rigoroso das escalas de serviço em todas as áreas especializadas. Esta fiscalização é articulada com a interlocução estratégica e direta junto à empresa médica provedora do serviço. O objetivo central é mitigar o risco de vacâncias não cobertas e, com isso, garantir a continuidade, a ininterrupção e a qualidade da assistência clínica fornecida aos usuários.

Gráfico 56: Coordenação Médica



Fonte: Ponto Médico (2026)

Em conformidade com o Edital de Chamamento Público nº 001/2025, o Hospital Municipal de Araucária (HMA) manteve, no período avaliado, a alocação de 9 coordenadores médicos, atendendo à exigência mínima de 8 coordenações previstas contratualmente, acrescida da Coordenação do Pronto Atendimento Infantil, conforme disposto no item 2.5 das Diretrizes Gerais do referido edital.

No mês de março de 2026, o Hospital Municipal de Araucária contou com o quadro completo de coordenações médicas, com todos os profissionais cumprindo integralmente a carga horária mínima de 12 horas semanais, conforme previsto em contrato. Dessa forma, o indicador de cumprimento de carga horária das coordenações médicas atingiu 100% de desempenho no período.

A seguir, apresenta-se a relação dos coordenadores médicos atuantes no Hospital Municipal de Araucária no mês de Março de 2026:

* Anestesiologia: Dra. Denise Rose – Registro de Qualificação de Especialista nº 5049

* Clínica Médica e UTI Adulto: Dra. Maria Cláudia Hahn Ferrucio – Registro de Qualificação de Especialista nº 370 e 371

* Clínica Cirúrgica: Dr. Cristian André Schulz – Registro de Qualificação de Especialista nº 35.188

* Clínica Ginecológica e Obstétrica: Dra. Leila Wessler Faust – Registro de Qualificação de Especialista nº 28.007

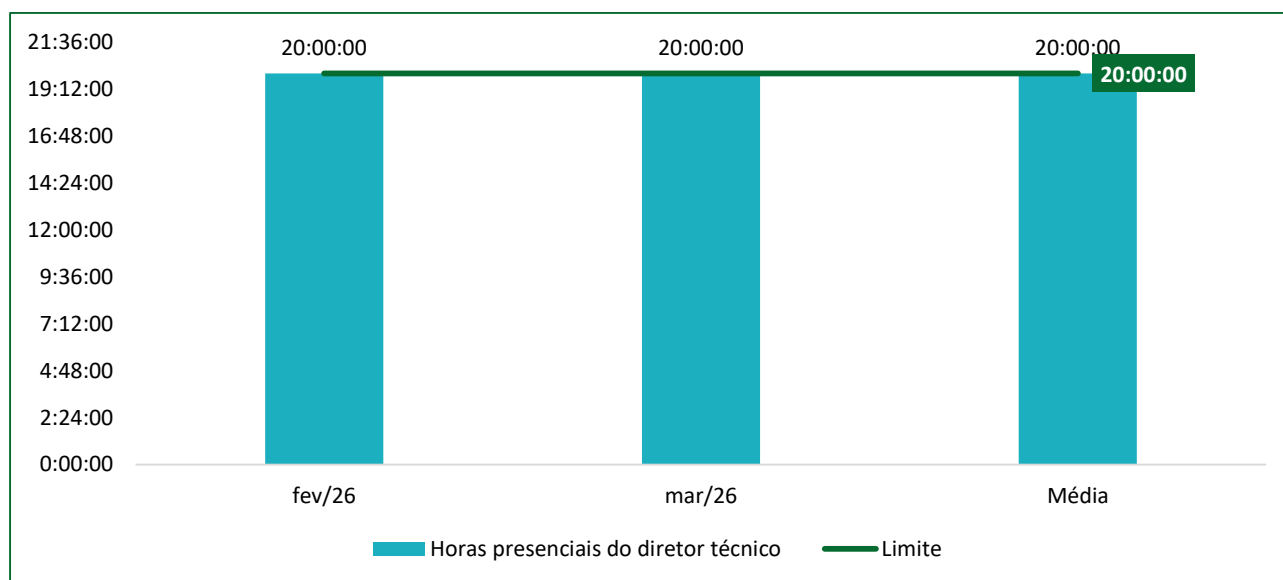
* Clínica Ortopédica: Dra. Ana Alice Destri – Registro de Qualificação de Especialista nº 24.408

* Pronto Atendimento Infantil e Pediatria: Dra. Camila de Oliveira Benato – Registro de Qualificação de Especialista nº 22.162

* UTI Neonatal e Pediátrica: Dra. Bruna Paula Silveira – Registro de Qualificação de Especialista nº 25.595

* Pronto Socorro Geral – Talita Ribeiro da Silva – Registro de Qualificação de Especialista nº 35.837

Gráfico 57: Diretor Técnico – Presencial



Fonte: Ponto Médico (2026)

No âmbito da Direção Técnica do Hospital, sob responsabilidade do médico Isaac Ponce Brambilla, Conselho Regional de Medicina do Paraná 45300, foram

desenvolvidas, durante o mês de Março, atividades voltadas à organização assistencial, supervisão do exercício profissional médico e qualificação dos processos internos da instituição.

Entre as atribuições desempenhadas no período, destacou-se a supervisão técnica das atividades médicas, com acompanhamento da assistência prestada nas diferentes áreas do hospital, avaliação de casos de maior complexidade e suporte técnico às equipes assistenciais na condução clínica dos pacientes. No mesmo período, foram realizadas revisões e atualizações de protocolos assistenciais, com o objetivo de manter a prática médica alinhada às diretrizes técnico-científicas vigentes e às normativas institucionais aplicáveis.

No campo da gestão assistencial, foi realizado acompanhamento dos fluxos do Núcleo Interno de Regulação (NIR), permitindo maior monitoramento dos processos de regulação de pacientes e identificação de gargalos institucionais relacionados ao fluxo assistencial. Durante o mês, a Direção Técnica atuou na interlocução com a rede municipal de urgência e emergência e com a rede regional de atenção à saúde, buscando otimizar os fluxos de encaminhamento, regulação e ocupação de leitos hospitalares.

Também foi realizada análise e monitoramento de indicadores assistenciais, com avaliação do desempenho institucional e elaboração de relatórios gerenciais, utilizados como subsídio para a gestão hospitalar na tomada de decisões e planejamento de melhorias nos processos assistenciais.

No âmbito da educação permanente, foram conduzidas atividades voltadas à padronização e qualificação das práticas assistenciais, incluindo o desenvolvimento e implementação de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), elaboração de fluxos assistenciais e orientações técnicas às equipes, com o objetivo de fortalecer a organização dos serviços e a segurança da assistência prestada aos pacientes.

Durante o mês, a Direção Técnica manteve interlocução permanente com a Direção Geral do Hospital, coordenações médicas e coordenação de enfermagem, participando de reuniões institucionais e acompanhando as demandas assistenciais e operacionais dos diversos setores do hospital, contribuindo para o alinhamento das ações assistenciais e administrativas.

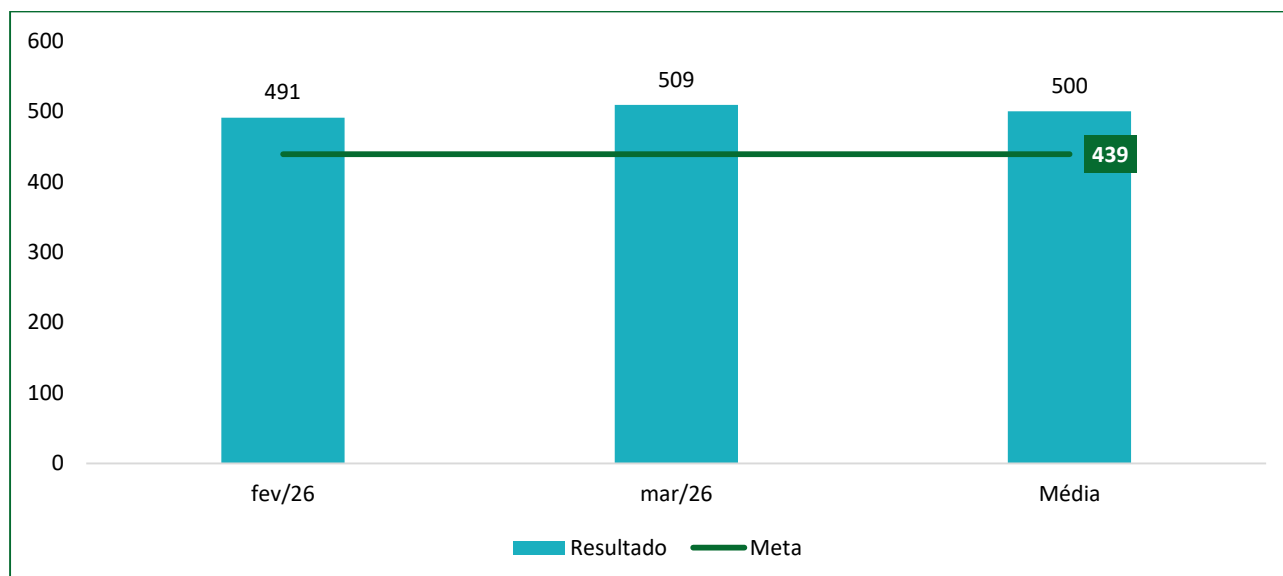
No que se refere à gestão de materiais e insumos estratégicos, a Direção Técnica participou da avaliação técnica e solicitação de materiais e medicamentos específicos, incluindo insumos vinculados às especialidades médicas e materiais

relacionados a órteses, próteses e materiais especiais (OPME), contribuindo para a adequada disponibilização de recursos necessários à assistência hospitalar.

Adicionalmente, houve participação ativa nas comissões institucionais obrigatórias, incluindo a Comissão de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários e outras instâncias de avaliação assistencial, contribuindo para a análise crítica de eventos assistenciais, qualificação dos registros em prontuário e aprimoramento contínuo dos processos de cuidado.

Por fim, foi realizado acompanhamento e fiscalização das escalas médicas em conjunto com as coordenações das especialidades, com o objetivo de assegurar adequada cobertura assistencial, conformidade com as normativas institucionais e regularidade na prestação dos serviços médicos no hospital.

Gráfico 58: Saídas Hospitalares



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH (2026)

No mês de março de 2026, foram registradas 609 (seiscentas e nove) saídas hospitalares, das quais 509 (quinhentas e nove) corresponderam a atendimentos de urgência/emergência sendo 331 (trezentas e trinta e uma) saídas clínicas e 178 saídas cirúrgicas e 100 saídas de pacientes eletivos. O quantitativo de saídas de urgência/emergência apresentou-se superior à meta estabelecida no contrato de gestão, evidenciando elevada capacidade de resposta assistencial da unidade.

Em comparação, no mês de fevereiro de 2026, foram registradas 576 saídas hospitalares totais, sendo referentes a atendimentos de urgência/emergência distribuídas em 319 saídas clínicas e 172 saídas cirúrgicas além de 85 saídas

eletivas. Assim como observado em março, o volume de atendimentos de urgência/emergência também se manteve acima da meta contratual.

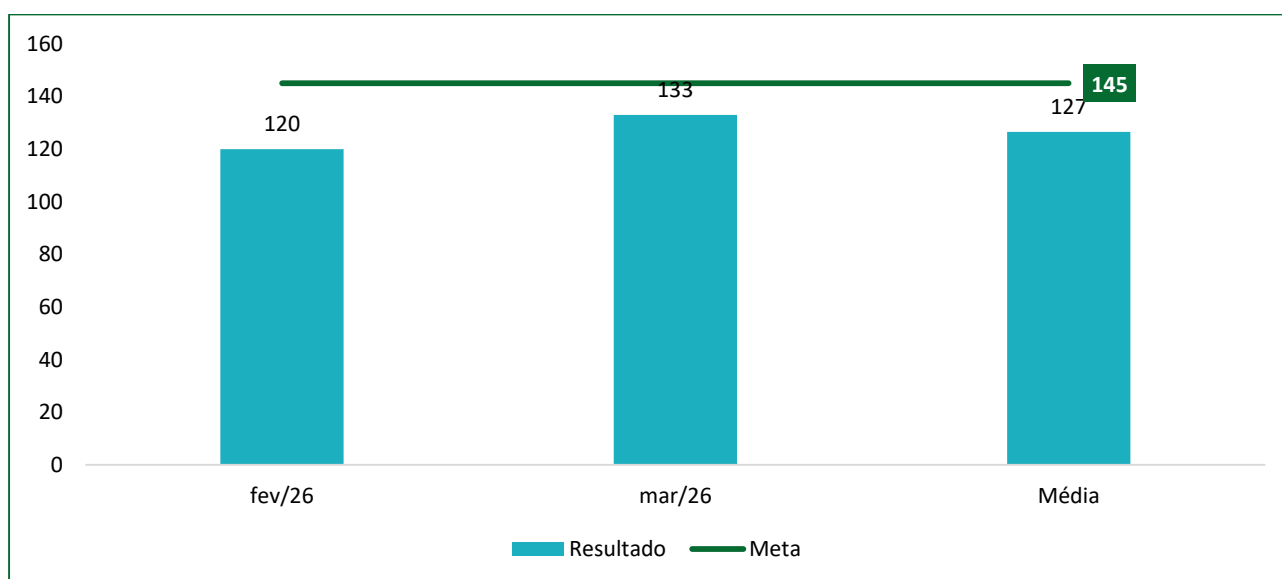
Na análise comparativa, observa-se crescimento no volume total de saídas hospitalares, com incremento de 33 saídas entre fevereiro e março, impulsionado principalmente pelo aumento das demandas de urgência/emergência. Esse cenário reforça a alta capacidade operacional da unidade, especialmente no manejo de casos agudos e de maior complexidade, garantindo resolutividade e fluxo assistencial adequado.

Como ponto positivo, destaca-se a manutenção do desempenho acima da meta contratual em ambos os períodos, associada à eficiência na gestão de leitos, organização dos fluxos assistenciais e integração entre as equipes multiprofissionais. A capacidade de absorver a demanda crescente, sem prejuízo à qualidade do cuidado, demonstra solidez nos processos internos e efetividade na condução clínica dos casos.

As estratégias adotadas incluem o monitoramento contínuo do giro de leitos, a otimização dos fluxos de admissão e alta, além do alinhamento permanente com a regulação, assegurando maior agilidade no atendimento e na liberação de vagas.

Conclui-se que o desempenho observado no mês de março consolida a tendência positiva já evidenciada em fevereiro, refletindo uma unidade com elevada capacidade de resposta, eficiência assistencial e aderência às metas contratuais. A continuidade das estratégias implementadas será essencial para sustentar os resultados alcançados e garantir a qualidade e segurança da assistência prestada.

Gráfico 59: Cirurgia Eletiva



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH (2026)

No período de março de 2026, a unidade apresentou desempenho considerado adequado na realização de cirurgias eletivas, com execução de 133 procedimentos frente à meta de 145, resultando em 91,72% de atingimento global.

No detalhamento por especialidade, observam-se os seguintes desempenhos:

- **Cirurgia Ginecológica:** 43 procedimentos – 107,5%
- Ginecologia – Outras Cirurgias: 7 procedimentos – 116,7%
- Endometriose por videolaparoscopia: 7 procedimentos – 175%
- Cirurgia Geral Videolaparoscópica: 100%
- Ortopedia: 100%
- Cirurgia Geral: 95%
- Cirurgia Pediátrica: 95%
- Cirurgia Vascular: 90%
- Laqueadura Eletiva: 80%
- Laqueadura Pós-Parto: 20%
- **Coloproctologia:** 0% (sem produção no período)

A análise evidencia desempenho heterogêneo entre as especialidades, com destaque positivo para áreas que superaram significativamente a meta, como Endometriose por videolaparoscopia (175%), Ginecologia – Outras Cirurgias (116,7%) e Cirurgia Ginecológica (107,5%), indicando boa capacidade de resposta e aproveitamento de agenda nessas linhas.

Por outro lado, especialidades com baixo desempenho impactaram diretamente o resultado global, principalmente Laqueadura Pós-Parto (20%) e Coloproctologia (0%), esta última devido à ausência de profissional, configurando

perda assistencial relevante. A Laqueadura Eletiva (80%) também se mantém abaixo do esperado, sugerindo necessidade de ajustes no fluxo e captação de pacientes.

Embora o resultado global seja próximo da meta, os dados demonstram que o desempenho ainda depende de maior equilíbrio entre as especialidades, redução de vazios assistenciais e fortalecimento dos fluxos internos, especialmente nos procedimentos com baixa execução.

Plano de ação

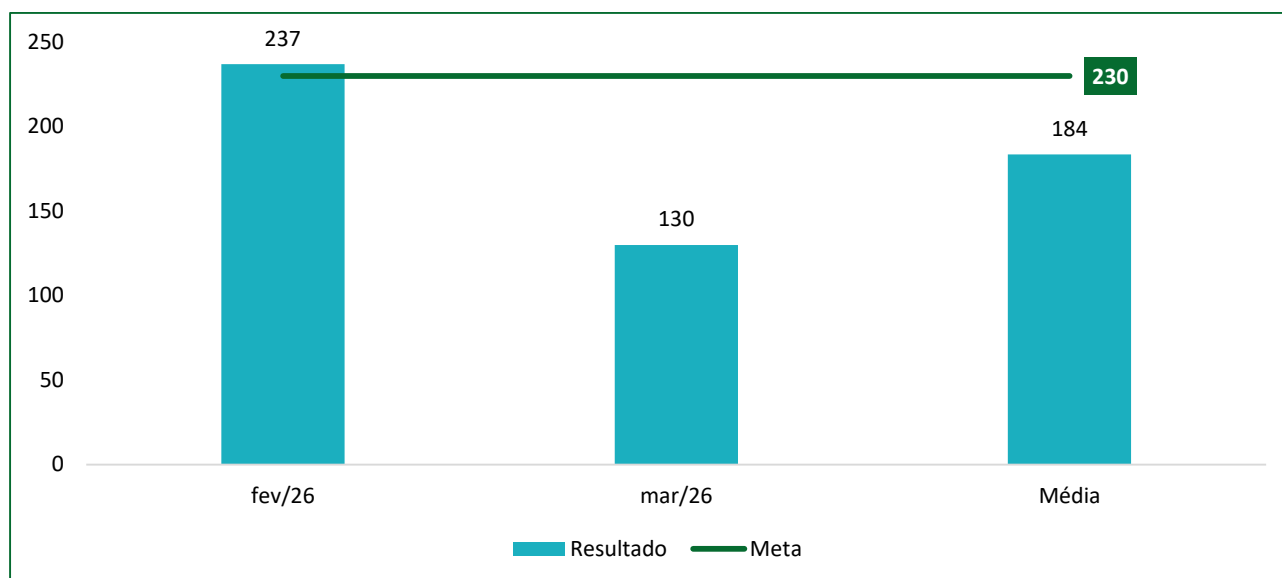
Com o objetivo de alcançar o atingimento integral das metas de cirurgias eletivas, será implementado um conjunto de ações estruturadas voltadas à qualificação do fluxo assistencial, otimização da capacidade instalada e correção das fragilidades identificadas. A ação consiste em reestruturar o planejamento cirúrgico e fortalecer a integração entre os setores envolvidos, especialmente nas especialidades com baixo desempenho. Será realizada pela gestão da unidade, coordenação do centro cirúrgico, equipe médica e regulação, no âmbito hospitalar, com interface direta com a Atenção Primária à Saúde. O início é imediato, com monitoramento contínuo e avaliações mensais dos indicadores por especialidade.

A operacionalização envolverá a reorganização das agendas cirúrgicas, priorizando procedimentos com menor desempenho, como laqueadura eletiva e laqueadura pós-parto, além da atuação direta na captação ativa de pacientes elegíveis. Será intensificado o alinhamento com as Unidades Básicas de Saúde, visando qualificar os encaminhamentos e garantir maior previsibilidade de demanda. Também será conduzido o processo de contratação ou credenciamento de profissional para a especialidade de coloproctologia, com o objetivo de retomar a produção e eliminar o vazio assistencial identificado.

Como estratégia complementar, serão reforçadas as orientações pré-operatórias aos pacientes, com foco na redução de absenteísmo e melhor preparo para os procedimentos, além da padronização e qualificação dos registros assistenciais. O monitoramento será realizado por meio de indicadores mensais, com análise crítica por especialidade e revisão sistemática das agendas e da taxa de ocupação das salas cirúrgicas.

Espera-se, como resultado, o aumento da produção cirúrgica, maior equilíbrio entre as especialidades, redução de perdas assistenciais e o atingimento sustentável das metas contratuais, garantindo eficiência operacional e manutenção da qualidade e segurança do paciente.

Gráfico 60: Consultas Ambulatoriais Eletivas



Fonte: IPM Saúde/Tasy e relatório nominal (2026)

Indicador não conforme – Cardiologia | Avaliação pré-sedação

No mês de fevereiro, foram agendadas 119 consultas de Cardiologia avaliação pré-sedação, das quais 65 foram efetivamente realizadas, representando um cumprimento de 32,50% da meta contratual. Observou-se, ainda, um índice de absenteísmo de 13,45%, correspondente a 16 faltas, além de 38 consultas que necessitaram ser reagendadas para a competência seguinte.

No mês de março, foram agendadas 79 consultas, com a realização de 87 atendimentos, alcançando 43,50% da meta. O índice de absenteísmo apresentou aumento, atingindo 19,27%, com 21 faltas registradas. Destaca-se que, do total de atendimentos realizados no período, 38 foram provenientes de pacientes reagendados da competência anterior, dentre os quais 8 não compareceram.

Ao realizar a análise comparativa entre os meses, observa-se melhora no percentual de cumprimento da meta de fevereiro para março, ainda que o resultado permaneça abaixo do esperado. Esse aumento está diretamente relacionado ao atendimento de pacientes remanejados do mês anterior, o que contribuiu parcialmente para o incremento da produção. Entretanto, verifica-se também elevação no índice de absenteísmo, fator que impacta negativamente o desempenho do indicador.

Ressalta-se que o principal fator que compromete o atingimento da meta é a ausência de pacientes em fila de espera regulada pela Secretaria Municipal de Saúde (CRA). Tal cenário limita a capacidade de preenchimento integral das agendas disponibilizadas, resultando em ociosidade da oferta e, conseqüentemente, no não alcance das metas estabelecidas em contrato de gestão. Dessa forma, mesmo com a manutenção da oferta de consultas conforme previsto contratualmente, os esforços internos para otimização da agenda tornam-se insuficientes diante da baixa demanda regulada, impactando diretamente o quantitativo de atendimentos realizados.

Plano de ação

Como plano de ação, será intensificado o alinhamento com a Secretaria Municipal de Saúde (CRA), por meio do envio periódico da oferta de vagas disponíveis, mantendo-se o quantitativo conforme previsto em contrato, visando ampliar o encaminhamento de pacientes para a especialidade. Paralelamente, será realizado o monitoramento contínuo da ocupação das agendas, possibilitando intervenções oportunas em casos de ociosidade. Também serão reforçadas as estratégias de confirmação prévia das consultas, com o objetivo de reduzir o absenteísmo. Por fim, será realizado o acompanhamento prioritário dos pacientes reagendados, garantindo maior aproveitamento da capacidade instalada e a continuidade assistencial, reforçando junto à CRA a necessidade de manutenção de fila ativa de pacientes para o adequado cumprimento da meta estabelecida.

Indicador conforme – Consultas de Plano de Parto

No que se refere ao indicador de consultas de plano de parto, observa-se que a unidade apresentou desempenho conforme nos meses de fevereiro e março, com resultados superiores à meta estabelecida em ambos os períodos.

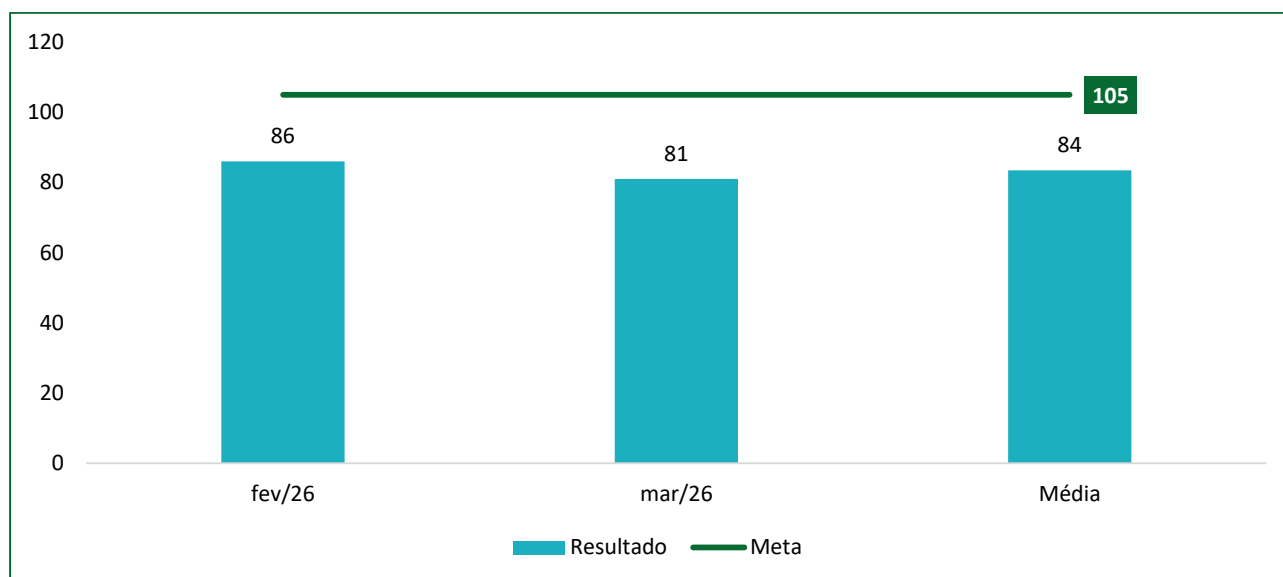
No mês de fevereiro, foram agendadas 81 consultas, das quais 40 foram realizadas, correspondendo a 133,33% da meta. Apesar do resultado satisfatório, verificou-se um índice de absenteísmo elevado, de 50,62%, totalizando 41 faltas.

No mês de março, foram agendadas 66 consultas, com 43 atendimentos realizados, atingindo 143,33% da meta. Destaca-se a redução do absenteísmo para 34,85%, totalizando 23 faltas, evidenciando maior adesão das pacientes.

Comparativamente, observa-se melhora no desempenho em março em relação a fevereiro, com aumento do cumprimento da meta e redução significativa das faltas. Como pontos positivos, destacam-se o comprometimento da equipe, a

organização da agenda e as ações de confirmação prévia e orientação às pacientes, que vêm sendo mantidas para assegurar a continuidade dos bons resultados e a estabilidade do indicador.

Gráfico 61: Cirurgia Ambulatorial



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH (2026)

No período de março de 2026, a unidade apresentou produção de 81 cirurgias ambulatoriais, frente a uma meta de 105 procedimentos, atingindo 77,14% de desempenho, caracterizando não atingimento da meta contratual. No detalhamento por especialidade, observam-se os seguintes resultados: vasectomia com meta de 5 e realização de 5, atingindo 100%; cirurgia ambulatorial com meta de 50 e realização de 33, alcançando 66%; e varizes com espuma com meta de 50 e realização de 43, correspondendo a 86%.

Em comparação, no mês de fevereiro de 2026, a unidade apresentou desempenho de 86% da meta, evidenciando uma redução no desempenho no mês de março, especialmente impactada pela menor produção na linha de cirurgia ambulatorial.

Apesar do não atingimento global da meta, destacam-se pontos positivos relevantes, como o cumprimento integral da meta de vasectomias, o bom desempenho nos procedimentos de varizes com espuma, além da organização dos fluxos assistenciais e alinhamento entre as equipes, garantindo qualidade e segurança nos atendimentos realizados. A unidade demonstra capacidade operacional instalada e condições adequadas para ampliação da produção.

A análise dos fatores que contribuíram para o não atingimento da meta aponta, principalmente, para fragilidades no fluxo de encaminhamento de pacientes, com impacto direto na formação de agenda, além de oscilações na demanda e possível absenteísmo, reduzindo o aproveitamento total das vagas ofertadas. Observa-se também a necessidade de maior integração com a Atenção Primária à Saúde, especialmente com as Unidades Básicas de Saúde, para qualificação dos encaminhamentos e melhor direcionamento dos pacientes elegíveis para procedimentos ambulatoriais.

Adicionalmente, identifica-se oportunidade de melhoria na captação ativa de pacientes aptos, visando ampliar a demanda qualificada e otimizar a utilização da capacidade instalada da unidade.

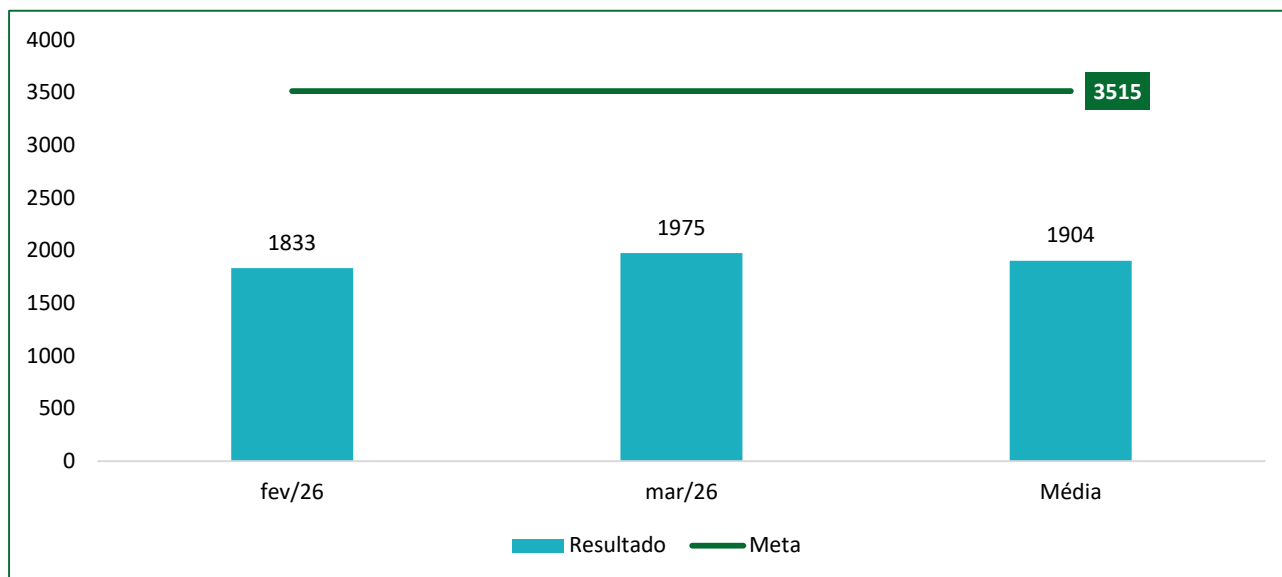
Conclui-se que, embora o mês de março apresente desempenho inferior ao período anterior, a unidade mantém estrutura, organização e capacidade produtiva adequadas. O cenário reforça a necessidade de fortalecimento dos fluxos de regulação, qualificação dos encaminhamentos e monitoramento contínuo da produção, com foco na recuperação do desempenho e no atingimento das metas contratuais nos períodos

Plano de ação

Orientar os pacientes quanto à importância do comparecimento e às consequências da ausência sem aviso prévio. Monitorar mensalmente os índices de faltas (absenteísmo) e suas principais causas. Destaca-se a necessidade de alinhamento com a UBS, a fim de qualificar o encaminhamento dos pacientes, priorizando e direcionando adequadamente os casos de pequenos procedimentos para o fluxo ambulatorial. Observa-se também a importância de ampliar a demanda qualificada, com maior captação e encaminhamento de pacientes aptos, contribuindo para melhor aproveitamento da capacidade instalada e aumento da produção.

Dessa forma, a unidade permanece empenhada em manter a estabilidade da produção cirúrgica ambulatorial e fortalecer as estratégias de gestão assistencial, visando ampliar progressivamente o alcance das metas pactuadas e garantir maior acesso da população aos procedimentos ofertados.

Gráfico 62: SADT



Fonte: IPM Saúde/Tasy e relatório nominal (2026)

No período de março de 2026, foram realizados 1.975 exames de SADT, o que corresponde, em média, a 63,71% da meta do contrato de gestão.

Em conformidade com o Contrato de Gestão, em caso de falta de demanda por parte do município, o valor da meta, para fins de base de cálculo, corresponde ao número de procedimentos efetivamente agendados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA, entendendo-se por falta de demanda as situações em que as vagas inicialmente ofertadas pela CONTRATADA não são utilizadas em sua totalidade pela referida Central.

Na sequência, apresenta-se o quadro detalhado por tipo de exame realizado, contendo: exames ofertados, agendados, perdas primárias, agendamentos de competências anteriores, realizados por competência, faltas, percentual de absenteísmo, cancelamentos e percentual realizado.

Justificativa da Não Conformidade:

A não conformidade observada no período refere-se ao não atingimento da meta de produção dos exames de Raios X, Ultrassonografia, Ecocardiograma Fetal, Teste Ergométrico, Biópsia de Próstata e Endoscopia. Tal situação ocorreu em decorrência de múltiplos fatores operacionais que impactaram diretamente a execução dos atendimentos.

No que se refere aos exames de Raios X, foram identificadas falhas operacionais no aplicativo de comunicação WhatsApp, que comprometeram o contato com os pacientes para confirmação e orientação dos atendimentos, conforme disposto no Ofício nº 5.791/2025. Além disso, houve cancelamento de agendas em razão de problemas técnicos no equipamento, resultando no cancelamento de 229 exames. Adicionalmente, apesar da oferta de 2.656 vagas, foram realizados apenas 1.279 agendamentos pela Central de Regulação Ambulatorial (CRA), gerando 1.377 vagas não utilizadas, caracterizadas como perda primária. Ressalta-se que esse cenário não está relacionado à capacidade operacional da unidade.

Em relação aos exames de Ultrassonografia, houve cancelamento de 353 exames devido à ausência de profissional habilitado, situação decorrente da troca de Organização Social (OS), que ocasionou a não formalização do contrato com a médica responsável pelos exames. O mesmo ocorreu com a agenda de Ecocardiograma Fetal, que teve o cancelamento de 12 pacientes pelo mesmo motivo.

Quanto aos exames de Teste Ergométrico, Biópsia de Próstata e Endoscopia, o não atingimento da meta está relacionado ao alto percentual de absenteísmo dos pacientes, impactando diretamente a realização dos procedimentos previamente agendados.

Dessa forma, verifica-se que a não conformidade decorre de fatores externos e operacionais, incluindo falhas nos canais de comunicação, indisponibilidade de profissionais especializados em razão da transição de gestão, problemas técnicos em equipamentos e baixa ocupação das vagas ofertadas, comprometendo o cumprimento da meta pactuada no período avaliado. Como medidas corretivas, serão adotadas ações voltadas ao fortalecimento da comunicação com os pacientes, com diversificação dos canais de contato, manutenção preventiva dos equipamentos, alinhamento com a Central de Regulação Ambulatorial para otimização do preenchimento das agendas, regularização dos contratos de profissionais especializados e implementação de estratégias para redução do absenteísmo.

- Mamografia

Foram disponibilizados 146,67% da meta, correspondendo à oferta de 440 vagas para a realização do exame. Foram agendados 440 exames, dos quais 332 foram efetivamente realizados, atingindo 110,67% (cento e dez vírgula sessenta e sete por cento) da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 25,23%,

equivalente a 11 faltas. Dos 332 exames realizados, 03 (três) correspondem a reagendamentos de competências anteriores.

- Radiodiagnóstico

Foram disponibilizados 132,80% da meta, correspondendo à oferta de 2.656 vagas para a realização do exame. Foram agendados 1.279 exames, dos quais 869 foram efetivamente realizados, atingindo 67,94% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 20,41%, equivalente a 261 (duzentos e sessenta e um faltas).

Dos 869 exames realizados, 80 correspondem a reagendamentos de competências anteriores.

Em caso de falta de demanda por parte do município, o valor da meta, para fins de base de cálculo, será o número de procedimentos efetivamente agendados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA. Entende-se por falta de demanda as situações em que as vagas inicialmente ofertadas pela CONTRATADA não são utilizadas em sua totalidade pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA.

- Ultrassonografia

Foram disponibilizados 110,88% da meta, correspondendo à oferta de 887 (oitocentos e oitenta e sete vagas para a realização do exame. Foram agendados 878 exames, dos quais 427 foram efetivamente realizados, atingindo 53,38% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 18,45% e , equivalente a 162. Dos 427 exames realizados, 64 (sessenta e quatro) pacientes correspondem a reagendamentos de competências anteriores.

- Ultrassonografia Mapeamento Endometriose

Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 12 vagas para a realização do exame. Foram agendados 12 exames, dos quais 11 foram efetivamente realizados, atingindo 110,00% da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 8,33%, equivalente a 01 falta.

- Ecocardio Adulto e Infantil

Foram disponibilizados 148,33% da meta, correspondendo à oferta de 89 vagas para a realização do exame. Foram agendados 89 exames, dos quais 70

foram efetivamente realizados, atingindo 116,67% (cento e dezesseis vírgula sessenta e sete por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 22,47, equivalente a 20 (vinte) faltas. Dos 70 exames realizados, 1 paciente corresponde a reagendamento de competências

- Teste Ergométrico

Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 36 vagas para a realização do exame. Foram agendados 36 exames, dos quais 21 foram efetivamente realizados, atingindo 70,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 41,67%, correspondente a 15 faltas.

- Eletrocardiograma

Foram disponibilizados 125,00% da meta, correspondendo à oferta de 125 vagas para a realização do exame. Foram agendados 125 exames, dos quais 89 foram efetivamente realizados, atingindo 89,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 28,80% correspondente a 36 faltas.

- Biopsia de Prostata

Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 6 vagas para a realização do exame. Foram agendados 6 exames, dos quais 3 foram efetivamente realizados, atingindo 60,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 50,00% correspondendo a 3 faltas.

- Endoscopia

Foram disponibilizados 110,00% da meta, correspondendo à oferta de vagas para a realização do exame. Foram agendados 109 exames, dos quais 74 foram efetivamente realizados, atingindo 74,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 34,86%, equivalente a 38 faltas. Dos 74 exames realizados, 03 (três) pacientes correspondem a reagendamentos de competências anteriores.

- Colonoscopia

Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 120 vagas para a realização do exame. Foram agendados 115 exames, dos quais 79

foram efetivamente realizados, atingindo 79,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 26,69% equivalente a 3 faltas. Dos 79 exames realizados, 02 pacientes correspondem a reagendamentos de competências anteriores.

- Ecocardiograma Fetal

Foram disponibilizados 120% da meta, correspondendo à oferta de 12 vagas para a realização do exame. Foram agendados 11 exames; contudo, nenhum foi realizado devido à ausência de profissional habilitado, em razão da troca de Organização Social (OS), o que resultou na não formalização do contrato com a médica responsável pela realização deste exame específico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentar a presente prestação de contas, reafirmamos o compromisso institucional com os princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) universalidade, integralidade e equidade que orientam a organização e a execução das ações assistenciais desenvolvidas pela unidade. A transparência na gestão dos recursos públicos permanece como eixo fundamental para a garantia de um acesso justo, seguro e qualificado aos serviços de saúde, contribuindo para o fortalecimento da confiança da população e para a melhoria contínua da assistência prestada.

A gestão mantém-se firmemente pautada pelos princípios da ética, da responsabilidade, da transparência e da participação social, que norteiam de forma permanente as decisões administrativas e operacionais. A aplicação dos recursos ocorre de maneira criteriosa e responsável, assegurando que os investimentos realizados se revertam em benefícios concretos à comunidade e promovam a consolidação de um cuidado resolutivo, humanizado e alinhado às necessidades assistenciais do município.

A Direção do Hospital Municipal de Araucária (HMA) permanece empenhada no aprimoramento contínuo dos serviços ofertados, com valorização das equipes multiprofissionais e fortalecimento dos processos assistenciais e administrativos. Embora se reconheçam os desafios ainda existentes, é igualmente relevante destacar os avanços alcançados e os impactos positivos já observados na qualidade da assistência prestada à população.

Reiteramos, por fim, que o Sistema Único de Saúde é um patrimônio coletivo e, nesse sentido, seguimos atuando com dedicação, responsabilidade e profundo respeito à missão pública de garantir um atendimento digno, humanizado e de excelência à população de Araucária. Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos e para o contínuo aperfeiçoamento dos processos institucionais, em consonância com os princípios da administração pública e com as diretrizes regulatórias vigentes.

5. ASSINATURAS

Tatiane Campos

Diretora Geral da Unidade

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Gerência de Produção e Qualidade

S3 Gestão em Saúde

Fernanda Rodrigues

Diretor Executivo

S3 Gestão em Saúde

