



GESTÃO EM SAÚDE

Mais de
70 anos
de assistência

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA
CONTRATO DE GESTÃO Nº 023/2026



GESTÃO EM SAÚDE

Mais de
70 anos
de assistência

**RELATÓRIO MENSAL COM CUMPRIMENTO DE METAS
QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS**

AGOSTO/2026

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
OBJETIVO.....	5
CONTEXTUALIZAÇÃO.....	6
METAS QUALITATIVAS.....	8
METAS QUANTITATIVAS	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124

1.

INTRODUÇÃO

A S3 Gestão em Saúde, na condição de gestora do Hospital Municipal de Araucária, com Contrato de Gestão nº 023/2026, com prazo de vigência de 12 (doze) meses, contando a partir de 01 de fevereiro de 2026, atua desempenhando as melhores práticas de gestão para alcance das metas pactuadas, com foco na garantia do acesso às ações e serviços prestados para produção da saúde, com resolutividade e segurança da assistência ao paciente conforme preconizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

O município de Araucária está localizado na Região Metropolitana de Curitiba, no estado do Paraná, e apresenta importante relevância econômica e industrial no cenário estadual, especialmente em razão da presença do polo petroquímico e da refinaria da Petrobras. Possui área territorial aproximada de 469,2 km² e população estimada em 162.247 habitantes em 2025, com densidade demográfica de cerca de 323 habitantes por km².

O Hospital Municipal de Araucária (HMA) é a principal unidade hospitalar pública do município de Araucária, no Paraná, desempenhando papel estratégico dentro da rede municipal de saúde e atuando como referência para atendimentos de média complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A unidade funciona 24 horas por dia e está localizada no bairro Sabiá, atendendo demandas provenientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), do SAMU e municípios da região metropolitana.

Assim, este documento é o sexto (8º) Relatório de Prestação de Contas do Contrato de Gestão Nº 023/2026, onde será possível apresentar o desempenho da equipe no período de 01 a 31 de agosto, avaliar os fatores, sejam eles de doença ou sociais que influenciaram nos resultados e na execução das metas contratuais quantitativas e qualitativas, bem como outros fatos relevantes ocorridos no período.

2.

OBJETIVO

Apresentar as atividades administrativas e operacionais executadas pela gestão no período de 01 a 31 de agosto de 2026, evidenciando as metas qualitativas e quantitativas definidas no âmbito do Contrato de Gestão Nº 023/2026, ratificando o compromisso da S3 Gestão em Saúde com a transparência e qualidade dos serviços prestados.

3.

CONTEXTUALIZAÇÃO

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

3.1

CENÁRIO OPERACIONAL E ESTRUTURAL DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

A S3 Gestão em Saúde assumiu a gestão do Hospital Municipal de Araucária em caráter emergencial, encontrando desafios estruturais, operacionais e assistenciais acumulados ao longo dos períodos anteriores.

Durante os primeiros meses de gestão foram identificadas necessidades de manutenção predial, adequações de infraestrutura, substituição de equipamentos hospitalares, revisão de contratos, reorganização dos fluxos assistenciais e fortalecimento dos processos de governança.

Destaca-se que algumas situações estruturais impactaram diretamente a disponibilidade operacional de determinados setores assistenciais, exigindo bloqueios temporários de leitos e remanejamentos internos para preservação da segurança dos pacientes e dos profissionais.

Apesar dos desafios encontrados, a gestão manteve a continuidade integral da assistência, sem interrupção dos serviços essenciais, promovendo ações corretivas e preventivas para recuperação gradual da capacidade instalada da unidade.

4.

METAS QUALITATIVAS

Durante o mês em análise, a performance atingiu 79,00 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: Indicadores Qualitativos, agosto 2026.

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
1	Taxa ocupação Pediátrica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	54,84%	0,0
2	Taxa de ocupação da Cirurgia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	87,34%	2,0
3	Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	76,4%	0,0
4	Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	71,33%	0,0
5	Taxa de ocupação do UCIN	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	34,41%	0,0
6	Taxa de ocupação Internação Clínica Médica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	83,87%	2,0



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
7	Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	88,53%	2,0
8	Taxa de ocupação da UTI Pediátrica	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	48,39%	0,0
9	Taxa de ocupação da Unidade Neonatal	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	54,19%	0,0
10	Manter a Média de Permanência da Pediatria	≤ 04 dias	2	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,50	2,0
11	Manter a Média de Permanência da Cirurgia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	1,93	3,0
12	Manter a Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,05	3,0
13	Manter a Média de Permanência da UCIN	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	3,20	3,0



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
14	Manter a Média de Permanência da Clínica Médica	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	3,71	3,0
15	Manter a Média de Permanência da UTI Adulto	≤ 7 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	6,86	4,0
16	Manter a Média de Permanência da UTI Pediátrica ≤ 10 dias	≤ 10 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica x 100	11,25	0,0
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	6,46	4,0
18	Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados	≤ 4%	2	Nº de cirurgias realizadas no dia/Nº de cirurgias programadas no mapa cirúrgico do dia anterior) x 100	1,32%	2,0
19	Proporção de partos vaginais	≥ 65%	1,5	Total de partos vaginais/ total de partos realizados) x 100	59,06%	0,0



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
Indicador 20 20	Taxa de Mortalidade Não Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos antes 24h e/ou internação / total saídas) x 100	1,10%	0,5
21	Taxa de Mortalidade 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	1,57%	0,5
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	0,16%	0,5
23	Taxa de Mortalidade Cirúrgica	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado	0,5	Nº de óbitos até sete dias após procedimento cirúrgico/Nº cirurgias realizadas) x 100	0,79%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
		pela comissão de óbitos				
24	Taxa de acolhimento com classificação de risco por Enfermeiro aos usuários atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico	≥ 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	98,47%	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)	00:06:16	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	00:52:36	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	00:18:29	0,5





GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
28	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico - Risco Amarelo/Urgente	≤ 60 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Urgentes/Nº total de pacientes Urgentes não atendidos.	0:17:51	0,5
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	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	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	1:20:17	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	1:47:11	1,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
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	00:51:24	1,5
34	Taxa Global de Infecção Hospitalar	$\leq 2\%$	2	(Nº de infecções hospitalares / total saídas) x 100	0,94%	2,0
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	16,62%	0,0
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.	0,00	2,0
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	0,00	2,0



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
38	Incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas	≤ 1	2	(Nº de ISC em cirurgias limpas/Nº de cirurgias limpas realizadas) x 100	1,70%	2,0
39	Incidência de quedas de pacientes internados	≤ 1	2	(Nº de quedas / Nº de pacientes dia) x 1000.	1,04	2,0
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	0,36	2,0
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.	100%	1,0
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.	116,87%	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de 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.	117,39%	1,0
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.	97,80%	0,0



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
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.	100%	1
46	Realizar altas referenciadas com agendamento de no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde	$\geq 70\%$	1	(Total de agendamentos de alta referenciada realizados / Total de saídas hospitalares) x 100	100%	1

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
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.	100%	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	12,16%	1,5
49	Garantir 100% de aprovação das AIH's apresentadas, referentes aos internamentos no mês subsequente à ocorrência.	100%	1,0	(AIH's aprovadas/ AIH's apresentadas) x 100.	100%	1
50	Respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão,	≥ 80%	1	Total respostas dadas aos usuários no prazo/Total de Manifestações ocorridas no mês) x 100	100%	1



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo					
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	1,0
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	1,0



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de 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	1,0
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	1,0
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	0,0
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	1,0



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de 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	1,0
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	1,0
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	1,0
60	Garantir a efetividade da Comissão de humanização em	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos	Atende	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	conformidade com a Legislação vigente			Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.		
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	1,0
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	1,0
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	1,0



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
64	Garantir a efetividade do Núcleo de Vigilância Epidemiológica 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	1,0
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	1,0
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	1,0





GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
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	85,27%	1,0
68	Manter Índice de Atualização Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%	60%	1	(Nº de Funcionários Capacitados / Nº Total de Funcionários) x 100	109,81%	1,0
TOTAL			100	PONTUAÇÃO FINAL: 79,00		

4.1

ANÁLISE DAS METAS NÃO ATINGIDAS

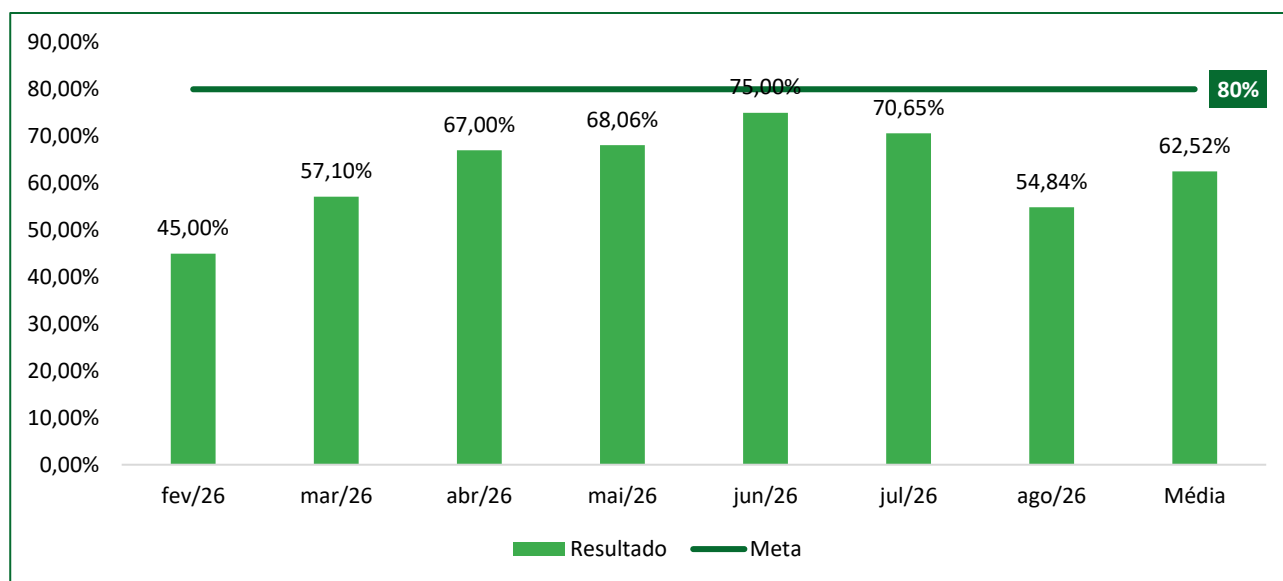
Análise crítica pela equipe gestora, considerando fatores assistenciais, epidemiológicos, regulatórios e estruturais que possam ter influenciado os resultados observados.

Ressalta-se que parte dos indicadores de ocupação hospitalar está diretamente relacionada ao comportamento da demanda regulada pela Rede Municipal de Saúde, não sendo integralmente dependente da governabilidade da Contratada.

Ainda assim, a gestão realizou análise individualizada dos indicadores e definiu planos de ação específicos para monitoramento e recuperação dos resultados.

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE OCUPAÇÃO

Gráfico 1: Taxa de Ocupação da Pediatria



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No relatório Tasy de agosto/2026, a Clínica Pediátrica apresentou 170 pacientes-dia, taxa direta de 54,84%.

Segundo o funcionamento relatado por esta gestão, o espaço identificado como clínica pediátrica opera predominantemente como observação do PAI, com lógica semelhante à UPA adulta: avaliação, estabilização e encaminhamento de quem necessita de continuidade hospitalar na rede.

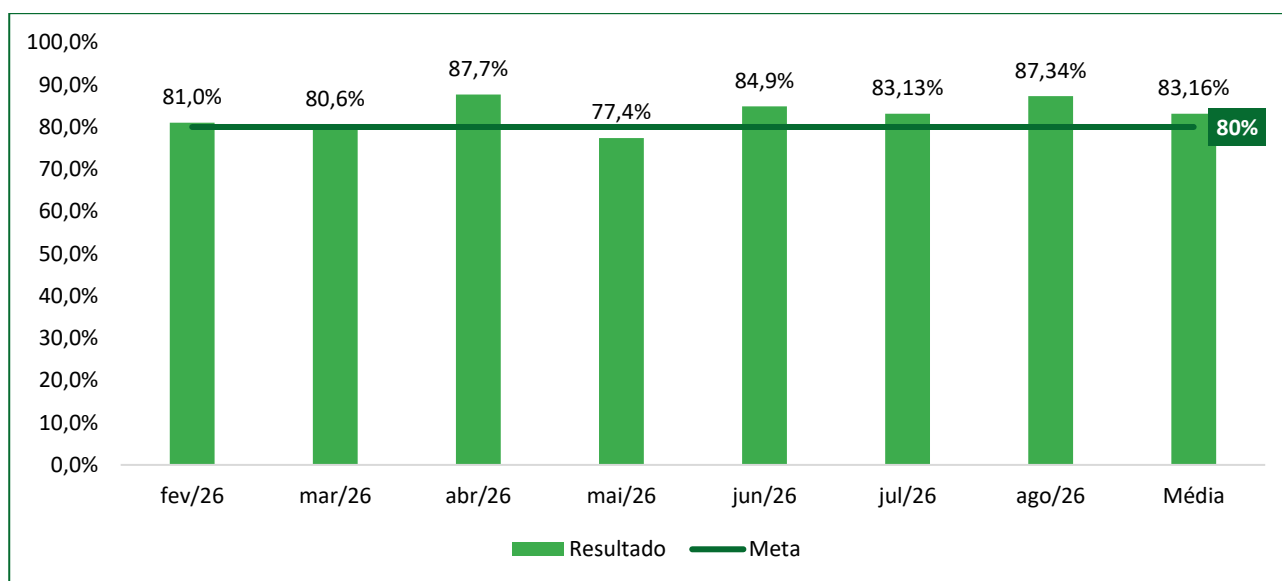
Informamos inserção na central de leitos da maior parte das crianças que precisam de internação, com elevada rotatividade. A proporção e os tempos precisam de comprovação. Observação transitória não deve ser equiparada automaticamente à enfermaria para tratamento continuado.

O Termo de referência define o PAI como extensão da UPA, sob supervisão do DUE, mas prevê separadamente clínica pediátrica com 10 leitos e meta de 80%. Precisamos esclarecer formalmente quais leitos e pacientes integram cada componente; a natureza do PAI não elimina a obrigação referente à enfermaria.

Reiteramos a preocupação com o uso dessa observação como retaguarda pós-UTI. Solicitamos avaliação prioritária da SMSA/DUE para definir estrutura e fluxo seguros, sem manter pacientes em ambiente inadequado para elevar ocupação. Nas condições relatadas, há risco de resultados persistentemente baixos; não afirmamos que serão sempre inferiores à meta sem base específica e série histórica.

A avaliação do PAI deve considerar os indicadores de classificação de risco, tempo de espera, permanência em horas e produção já previstos no termo de referência, além da espera e da efetivação das transferências. A definição desses componentes depende de alinhamento formal com a SMSA/DUE, mantendo-se a apuração da ocupação da enfermaria até deliberação específica.

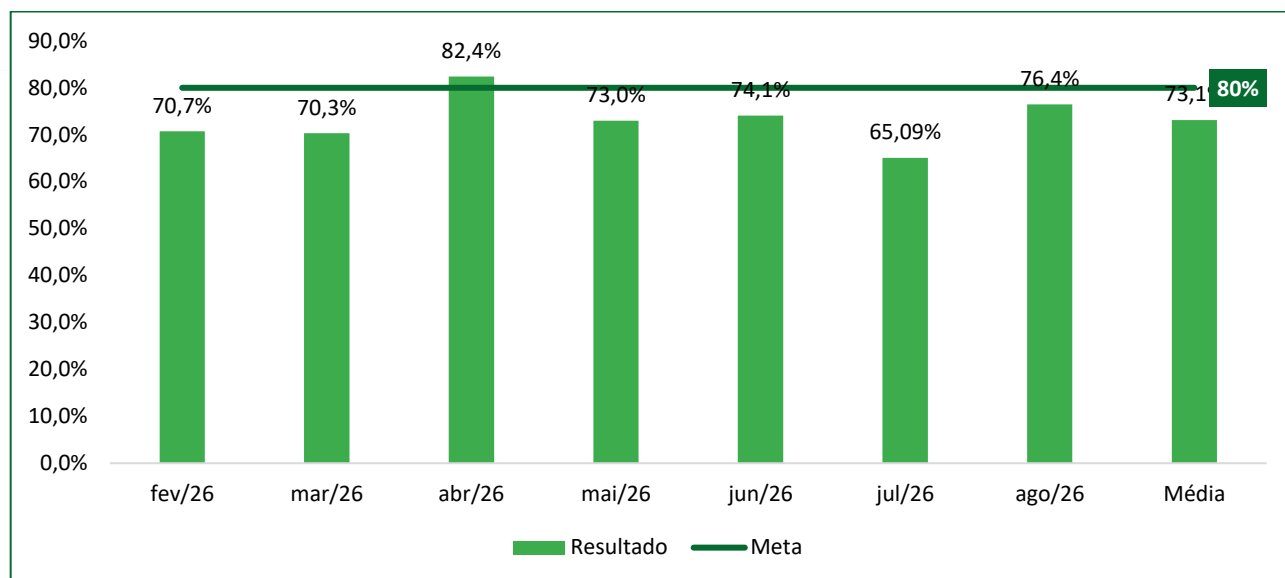
Gráfico 2: Taxa de ocupação da clínica cirúrgica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período avaliado, a Clínica Cirúrgica registrou taxa de ocupação de 87,34%, correspondente a 352 pacientes-dia, superando a meta estabelecida de 80% em 7,34 pontos percentuais. O resultado demonstra elevada utilização da capacidade instalada, relacionada à realização de cirurgias eletivas e de urgência, que demandam internação para os períodos pré e pós-operatório. A taxa alcançada evidencia o fluxo contínuo de procedimentos cirúrgicos e a importância da unidade na oferta de assistência especializada, garantindo a continuidade do cuidado aos pacientes submetidos às intervenções cirúrgicas.

Gráfico 3: Taxa de Ocupação da Internação Geral

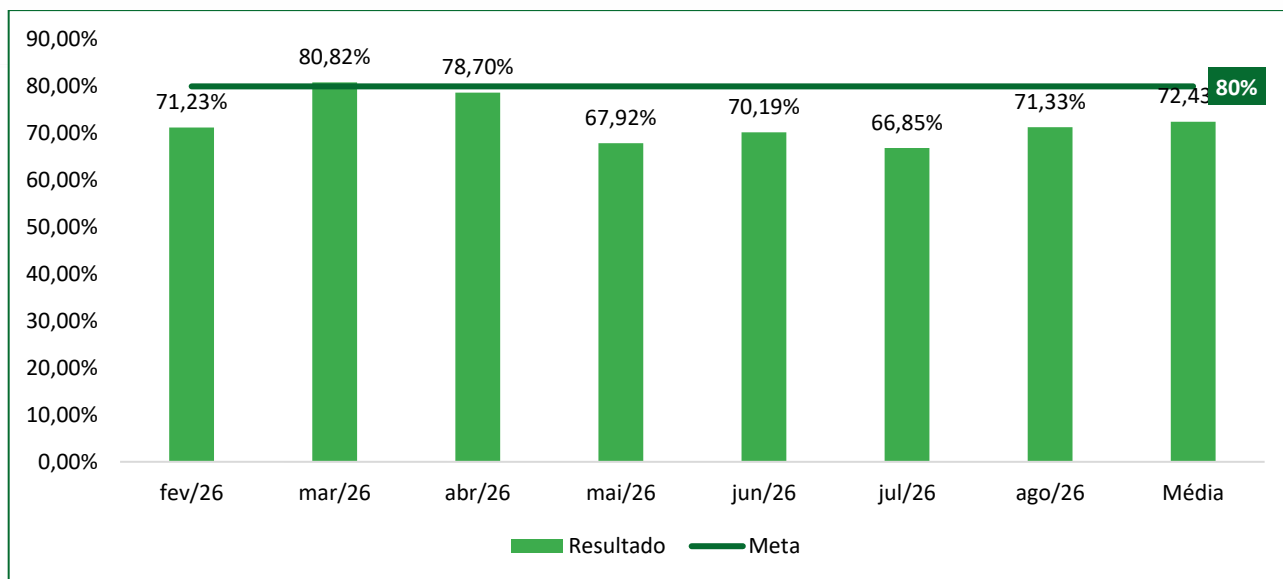


Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A taxa de ocupação geral registrada foi de 76,4%, ficando 3,6 pontos percentuais abaixo da meta estabelecida de 80%. Dessa forma, o indicador geral não atingiu o resultado esperado, evidenciando ocupação inferior à capacidade planejada para o conjunto avaliado.

Apesar do resultado geral abaixo da meta, as unidades analisadas individualmente apresentaram desempenho satisfatório. A Clínica Médica alcançou 83,87%, utilizando 598 dos 713 leitos-dia, superando a meta em 3,87 pontos percentuais. A Clínica Cirúrgica apresentou 87,34%, com 352 pacientes-dia em 403 leitos-dia, resultado 7,34 pontos percentuais acima da meta. Já a UTI Adulto registrou 88,53%, correspondente a 247 pacientes-dia em 279 leitos-dia, ultrapassando a meta de 85% em 3,53 pontos percentuais. Portanto, as três unidades atingiram os parâmetros definidos. No agregado das sete unidades, foram contabilizados 1926 pacientes-dia e 2520 leitos-dia.

Gráfico 4: Taxa de Ocupação da Ginecologia/Obstetrícia



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No relatório Tasy de agosto/2026, a Clínica Obstétrica apresentou 398 pacientes-dia, 18 leitos ativos, taxa direta de 71,33%.

Atuamos, conforme a organização assistencial relatada por esta gestão, como referência para a rede de urgência da 2ª Regional de Saúde, com apoio à cirurgia geral e à maternidade de alto risco/alta complexidade. Informamos Contenda e Lapa entre os municípios de referência obstétrica, além de outros definidos na pactuação regional, cujos instrumentos deverão integrar as evidências desta análise.

A ampliação das internações obstétricas depende do direcionamento de pacientes compatíveis com o perfil da unidade. Cada município possui vinculações com maternidades de referência, o que limita a possibilidade de o HMA ampliar unilateralmente a captação de gestantes. Na avaliação desta gestão, os encaminhamentos regulados no período foram insuficientes para elevar a ocupação ao patamar contratual.

O direcionamento regional é coordenado pela Central de Leitos e pelas pactuações da rede; ao hospital cabe informar vagas, manter capacidade assistencial e responder às solicitações. Assim, a ampliação da demanda não depende exclusivamente da unidade. Os extratos TASY comprovam a ocupação, mas não quantificam vagas ofertadas, encaminhamentos recebidos ou recusas: a contribuição efetiva da regulação para o desvio permanece pendente de comprovação.

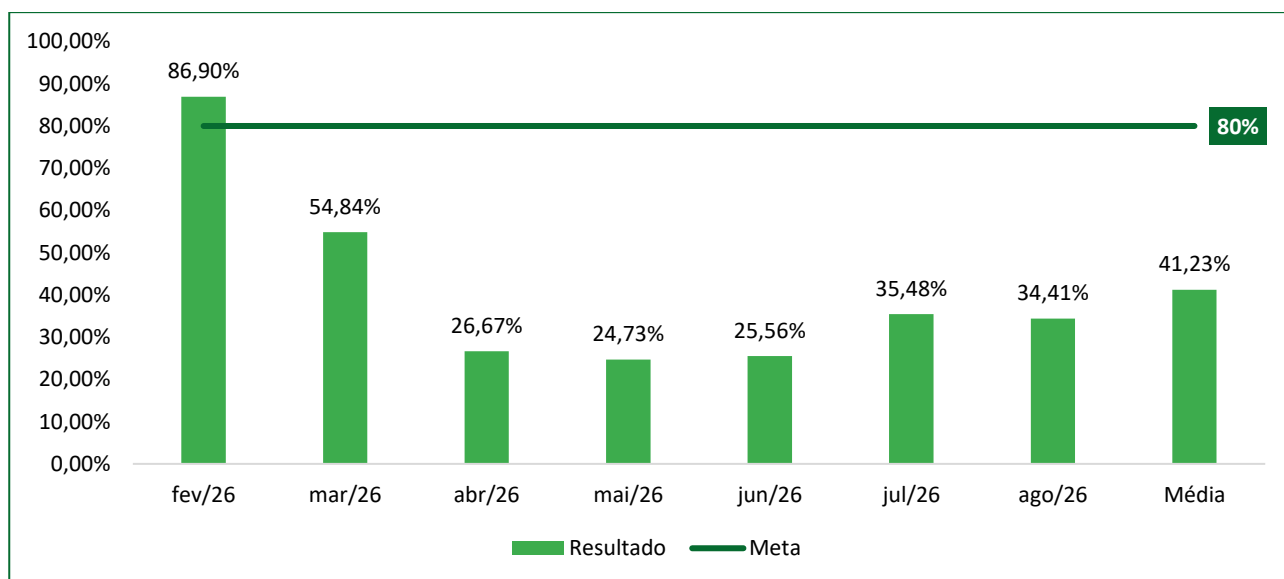
Esta análise não restringe o atendimento à demanda regulada: o Termo também prevê atendimento obstétrico à demanda espontânea. A condição de maternidade de referência não equivale, por si, à pactuação de referência regional irrestrita para urgências ginecológicas, nem afasta as obrigações assistenciais já contratadas.

Manteremos em avaliação o acesso de pacientes com queixas ginecológicas compatíveis com a capacidade do HMA. Priorizaremos o alinhamento formal com a Secretaria Municipal de Saúde de Araucária (SMSA) sobre encaminhamentos, municípios abrangidos, seguimento, retaguarda e contabilização da produção. Eventual ampliação da referência regional dependerá de aprovação prévia, sem alteração unilateral dos fluxos.

Registramos a preocupação com o reconhecimento nas metas das cirurgias eletivas de pacientes de outros municípios, recebidas pela urgência e encaminhadas ao ambulatório. Não identificamos, no Termo anexado, exclusão automática apenas pelo município de residência. O item 3.1.3 prevê encaminhamento pela SMSA e autorização prévia do Núcleo de Auditoria em Saúde (NAS). Solicitaremos esclarecimento formal da SMSA/NAS sobre esse fluxo, sem presumir inclusão ou exclusão.

Ocupação e meta de cirurgias eletivas são apurações distintas: o reconhecimento de uma cirurgia não altera automaticamente o registro de pacientes-dia. A proposta deve garantir continuidade do cuidado, não apenas elevar o indicador.

Gráfico 5: Taxa de Ocupação UCIN



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

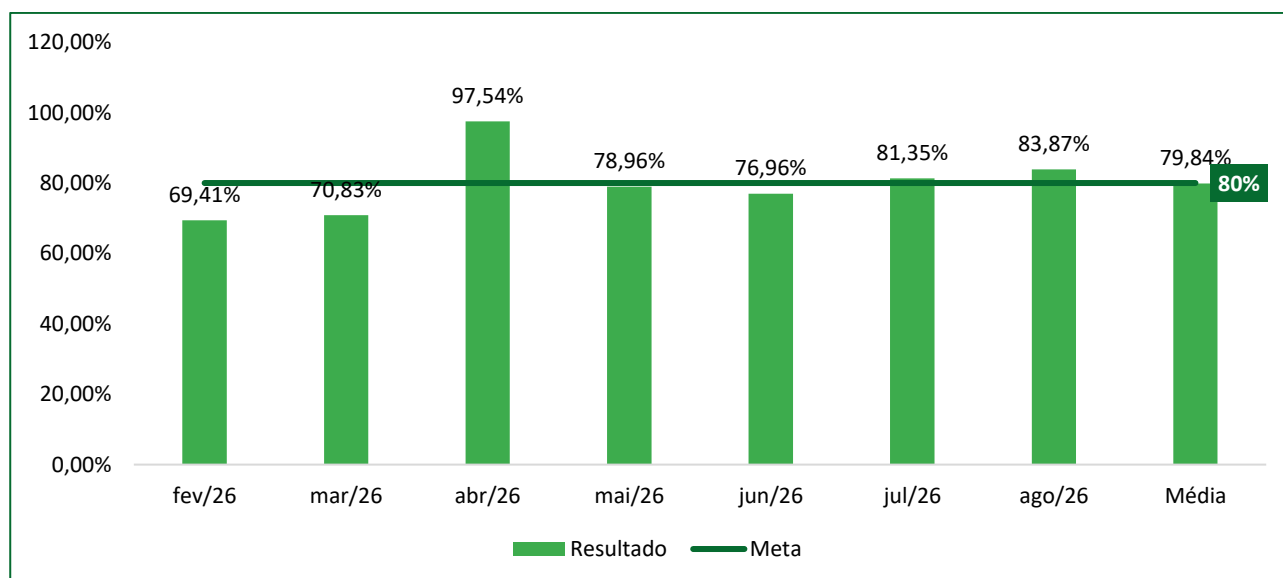
No mês de agosto/2026, o relatório Tasy da UCIN apresentou 32 pacientes-dia, 3 leitos ativos, média de permanência de 3,20 dias e taxa de ocupação de 34,41%.

A UCIN integra a maternidade de alto risco. Compartilha os condicionantes de demanda e regulação da UTI Neonatal, acrescidos da transição para cuidados intermediários. Seu perfil é compatível com a linha materno-neonatal.

Propomos pactuar acesso de gestantes e recém-nascidos do perfil neonatal, incluindo idade gestacional menor ou igual a 35 semanas, no contexto da UTIN tipo II, sem demanda de recursos indisponíveis de neuropediatria, cardiologia pediátrica e outras subespecialidades. O enquadramento respeitará capacidade comprovada e necessidade individual: não gera admissão automática na UCIN ou UTI.

A ampliação do acesso neonatal poderá repercutir na UCIN, mas o efeito ainda não foi mensurado. A passagem dependerá de indicação e capacidade de cuidado, sem antecipar transferência ou prolongar internação para cumprir meta. Mantêm-se os critérios assistenciais [R2].

Gráfico 6: Taxa de Ocupação Clínica Médica

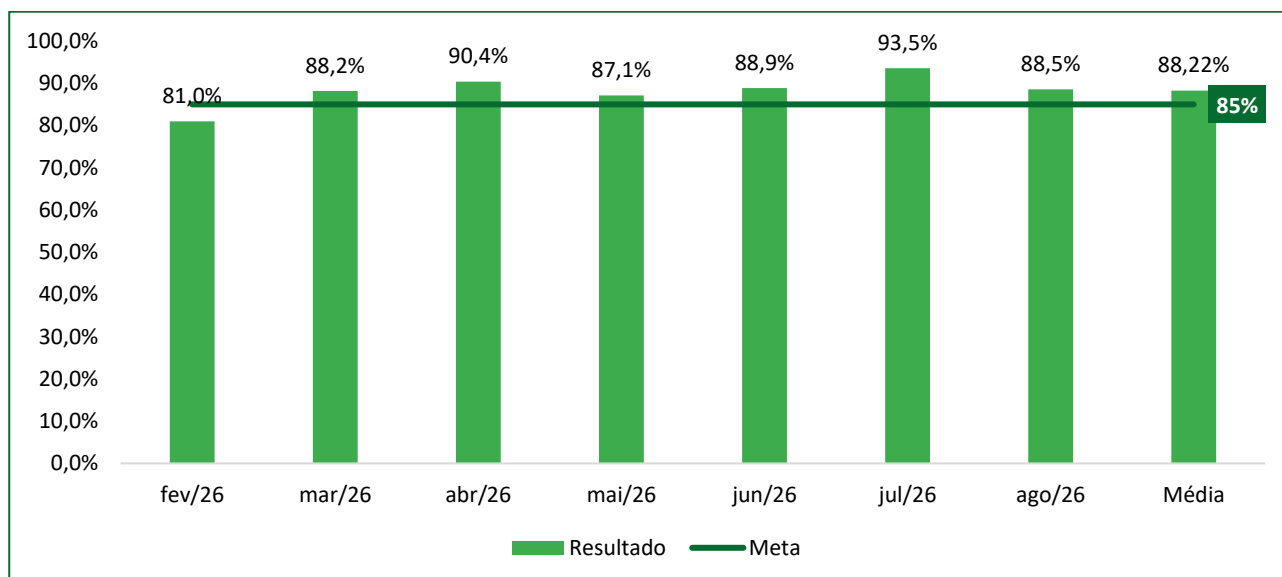


Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período avaliado, a Clínica Médica apresentou taxa de ocupação de 83,87%, com registro de 598 pacientes-dia, superando a meta estabelecida de 80% em 3,87 pontos

percentuais. O resultado evidencia utilização expressiva da capacidade instalada e demonstra a manutenção de um fluxo contínuo de atendimento, impulsionado também pelo recebimento de pacientes encaminhados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para continuidade da assistência, investigação diagnóstica e tratamento hospitalar. A taxa alcançada reflete a importância da Clínica Médica na absorção da demanda da rede de urgência e emergência, contribuindo para a resolutividade dos casos e para a continuidade do cuidado aos pacientes que necessitam de internação.

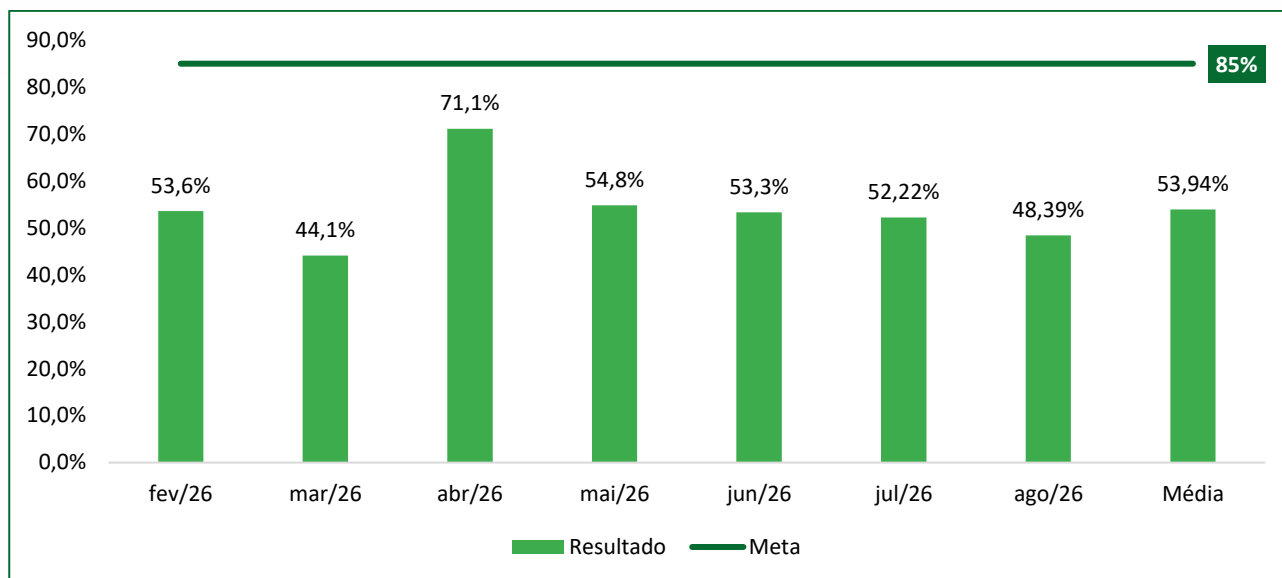
Gráfico 7: Taxa de Ocupação UTI Adulto



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A UTI Adulto alcançou taxa de ocupação de 88,5%, totalizando 247 pacientes-dia. Esse resultado ficou 3,5 pontos percentuais acima da meta de 85%, representando uma ocupação aproximadamente 4,12% superior ao parâmetro estabelecido. O indicador demonstra elevada utilização dos leitos e demanda contínua por cuidados intensivos, refletindo a necessidade de monitoramento especializado, suporte avançado e acompanhamento permanente da equipe multiprofissional aos pacientes internados.

Gráfico 8: Taxa de Ocupação UTI Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de agosto/2026, o relatório Tasy da UTI Pediátrica apresentou 45 pacientes-dia, 3 leitos ativos, média de permanência de 11,25 dias e taxa de ocupação de 48,39%.

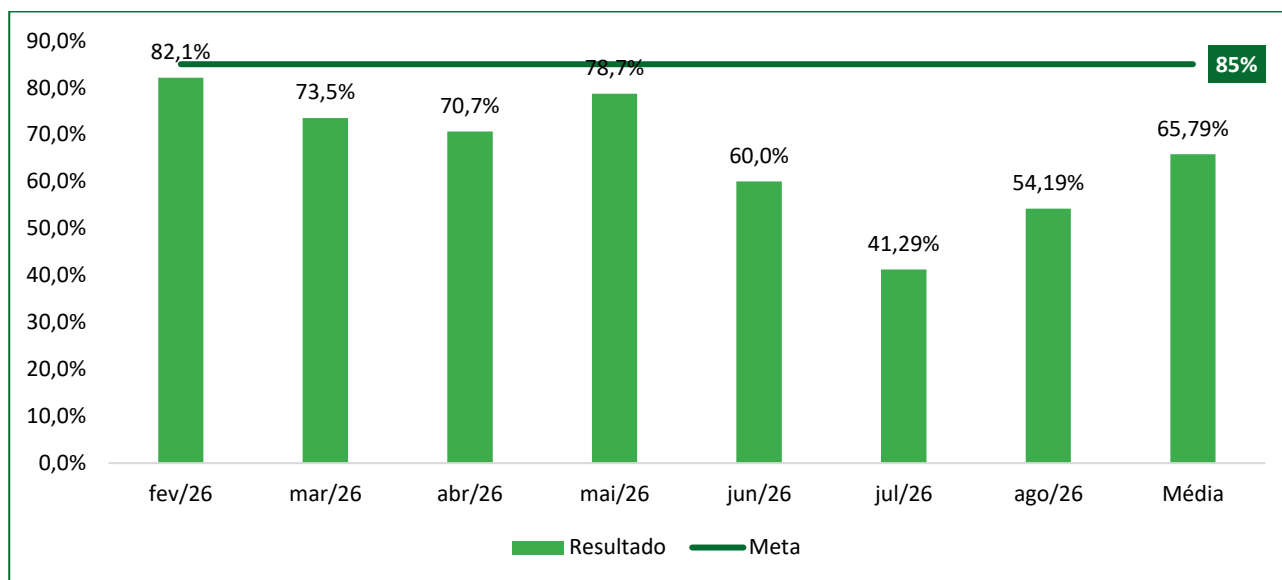
Na configuração relatada por esta gestão, identificamos descompasso entre a vocação materno-neonatal e a retaguarda da pediatria geral. Ser referência em maternidade de alto risco não substitui a necessidade de especialidades e enfermaria compatíveis com o cuidado pós-UTI.

Informamos uso de leitos do conjunto de três leitos pediátricos como apoio neonatal. O TASY registra recém-nascido no setor, corroborando a ocorrência, mas não comprova conversão formal ou uso neonatal permanente dos três leitos. Mantivemos os dados originais, sem transferir pacientes-dia ou alterar denominadores.

Dessa forma, a retaguarda pós-UTI recai sobre a observação do Pronto Atendimento Infantil (PAI). Sem estrutura para continuidade da internação, esse fluxo apresenta fragilidade e risco assistencial. Não consideramos adequado utilizá-la automaticamente como enfermaria definitiva, sem avaliar capacidade e destino seguro. Não há dano individual demonstrado pelos extratos.

Reiteramos à SMSA a revisão desse desenho. Enquanto persistirem as limitações informadas, avaliamos dificuldade para atingir a meta com segurança, sem afirmar impossibilidade permanente ou suspender o indicador vigente.

Gráfico 9: Taxa de Ocupação UTI Neonatal



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de agosto/2026, o relatório Tasy da UTI Neonatal apresentou 84 pacientes-dia, 5 leitos ativos, média de permanência de 6,46 dias e taxa de ocupação de 54,19%.

A UTI Neonatal integra a maternidade de alto risco. Sua baixa ocupação é analisada à luz da demanda obstétrica/neonatal regulada e das limitações de retaguarda informadas pela gestão, sem caracterizar esse setor como incompatível com a vocação materna.

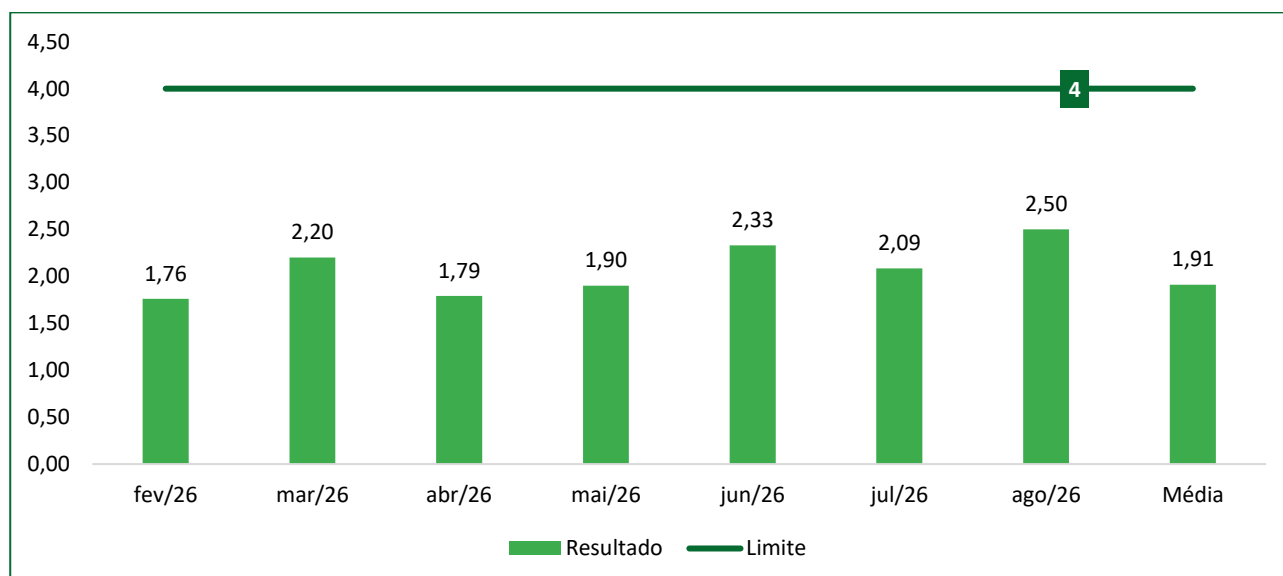
Considerando a caracterização como UTIN tipo II informada pela gestão, propomos pactuar com a Central de Leitos acesso de gestantes com risco de parto prematuro e recém-nascidos com idade gestacional menor ou igual a 35 semanas. Cada caso deverá ser compatível com a capacidade disponível, conforme gravidade, peso e suporte necessário.

Priorizaremos casos sem demanda de recursos de subespecialidades indisponíveis, como neuropediatria e cardiologia pediátrica, com referência definida quando necessária. A classificação tipo II não dispensa suporte especializado; no qual utilizamos a rede de apoio para esses suportes quando necessário.

O recorte de até 35 semanas passou por validação da coordenação de neonatologia. Não indica internação automática nem exclui outras idades gestacionais com indicação clínica. Internação, transferência e alta seguirão necessidade assistencial, não o objetivo isolado de elevar ocupação. A referência externa [R2] contextualiza a avaliação da necessidade de cuidado e da capacidade assistencial, sem comprovar o perfil local.

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – MÉDIA DE PERMANÊNCIA

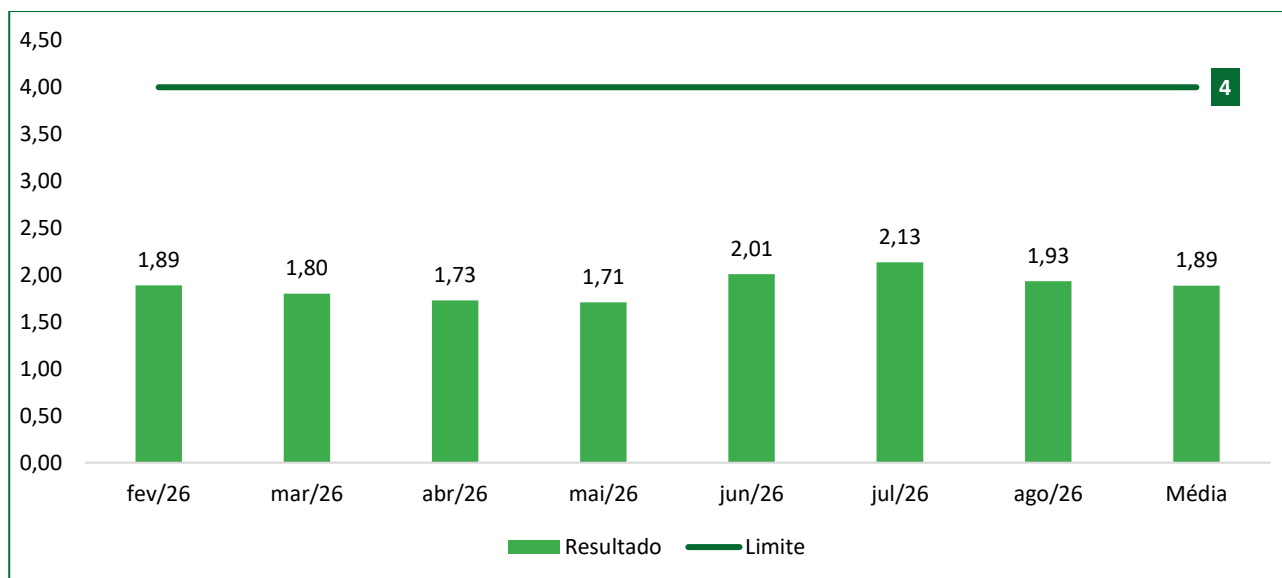
Gráfico 10: Média de Permanência da Clínica Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A média de permanência na Clínica Pediátrica foi de 2,50 dias, permanecendo abaixo da meta estabelecida de até 4 dias. O resultado evidencia bom desempenho assistencial e eficiência na condução do cuidado, demonstrando que os pacientes permaneceram internados por período adequado, sem prolongamentos desnecessários. A média alcançada representa uma permanência 37,5% inferior ao limite previsto, refletindo a efetividade dos processos assistenciais, do tratamento instituído e do planejamento da alta hospitalar, sem prejuízo à qualidade e à segurança do atendimento prestado.

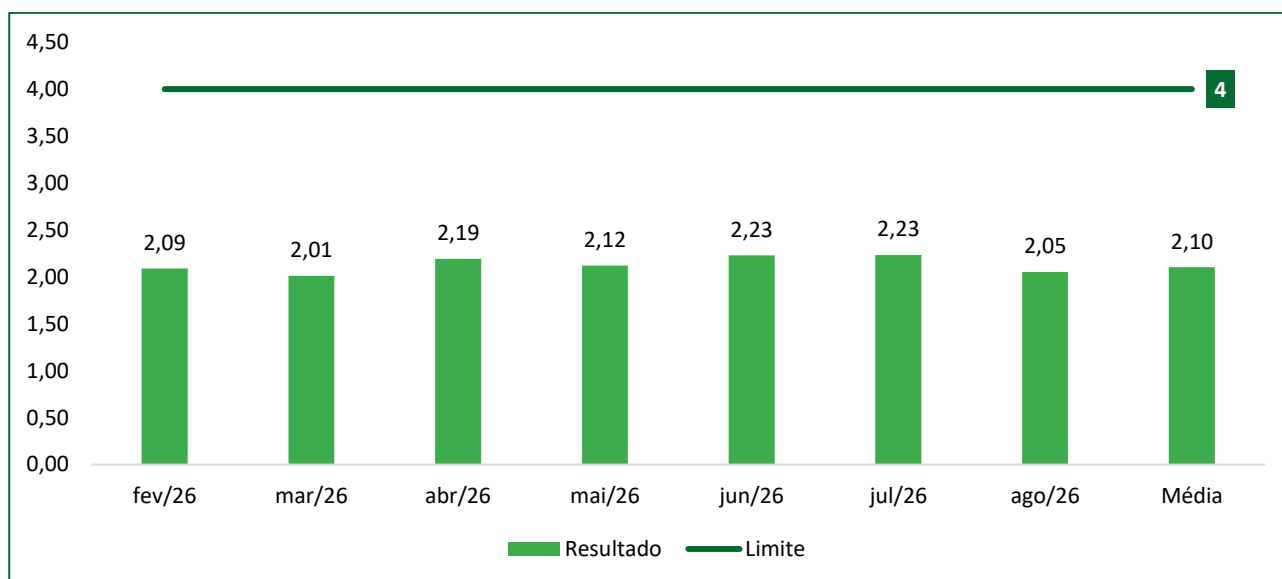
Gráfico 11: Média de Permanência da Clínica Cirúrgica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A média de permanência na Clínica Cirúrgica foi de 1,93 dias, permanecendo abaixo da meta estabelecida de até 4 dias. No período avaliado, foram registrados 352 pacientes-dia. O resultado evidencia bom desempenho assistencial e eficiência na condução do cuidado, com permanência média 51,75% inferior ao limite estabelecido. Esse desempenho demonstra a efetividade dos processos assistenciais, do tratamento cirúrgico e do planejamento da alta hospitalar, contribuindo para a adequada utilização dos leitos e para a continuidade da assistência com qualidade e segurança.

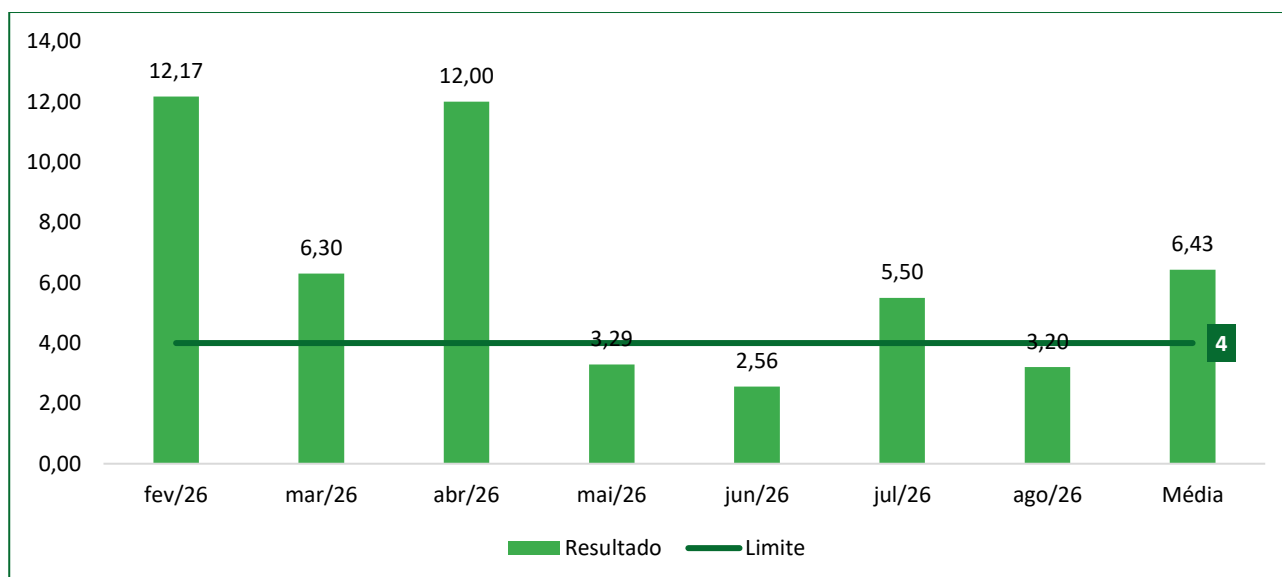
Gráfico 12: Média de Permanência da Clínica Obstétrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período avaliado, a Clínica Ginecológica/Obstétrica registrou média de permanência de 2,05 dias, considerando 398 pacientes-dia e 194 saídas. O resultado ficou 1,95 dia abaixo da meta estabelecida de até 4 dias, alcançando um desempenho 48,75% melhor que o limite previsto. Esse indicador demonstra um fluxo de atendimento satisfatório, com tempo de internação adequado, boa utilização dos leitos e condução eficiente da assistência ginecológica/obstétrica.

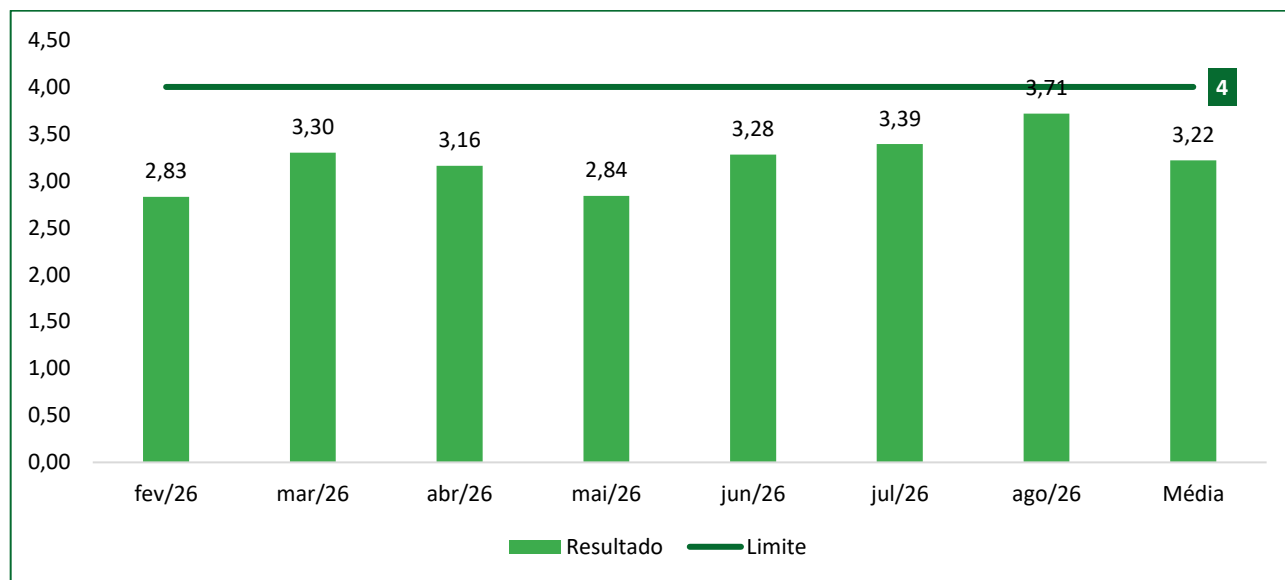
Gráfico 13: Média de Permanência da UCIN



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) alcançou uma média de permanência de 3,20 dias, mantendo-se em conformidade com o teto estabelecido de até 4 dias. No período, a unidade contabilizou 32 pacientes-dia e 10 saídas, apresentando um indicador 20% abaixo do limite máximo fixado. O volume traduz uma assistência neonatal focada na estabilização dos recém-nascidos, com tempo de internação otimizado e rotatividade adequada para a complexidade do setor.

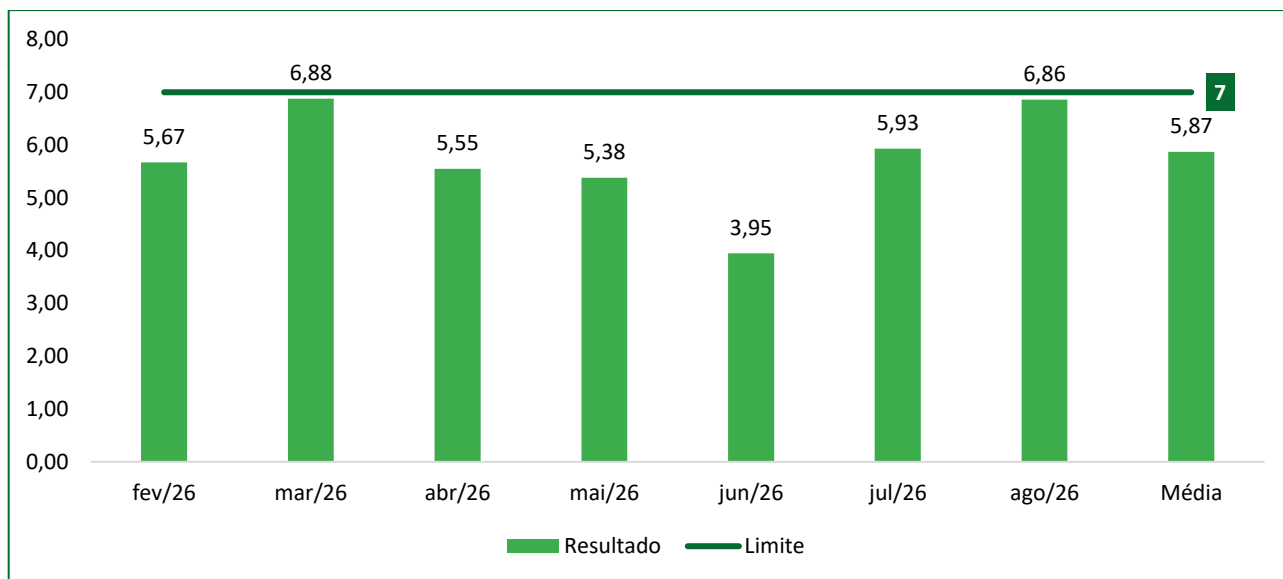
Gráfico 14: Média de Permanência da Clínica Médica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Na Clínica Médica, foram computadas 161 saídas e 598 pacientes-dia, configurando uma média de permanência de 3,71 dias. O indicador permaneceu alinhado ao teto estipulado de até 4 dias, situando-se 7,15% abaixo do limite máximo do parâmetro (uma margem favorável de 0,29 dia). O resultado reflete a resolução adequada dos quadros clínicos dentro do tempo esperado, demonstrando equilíbrio entre a necessidade de internação para estabilização dos pacientes e a rotatividade requerida no setor.

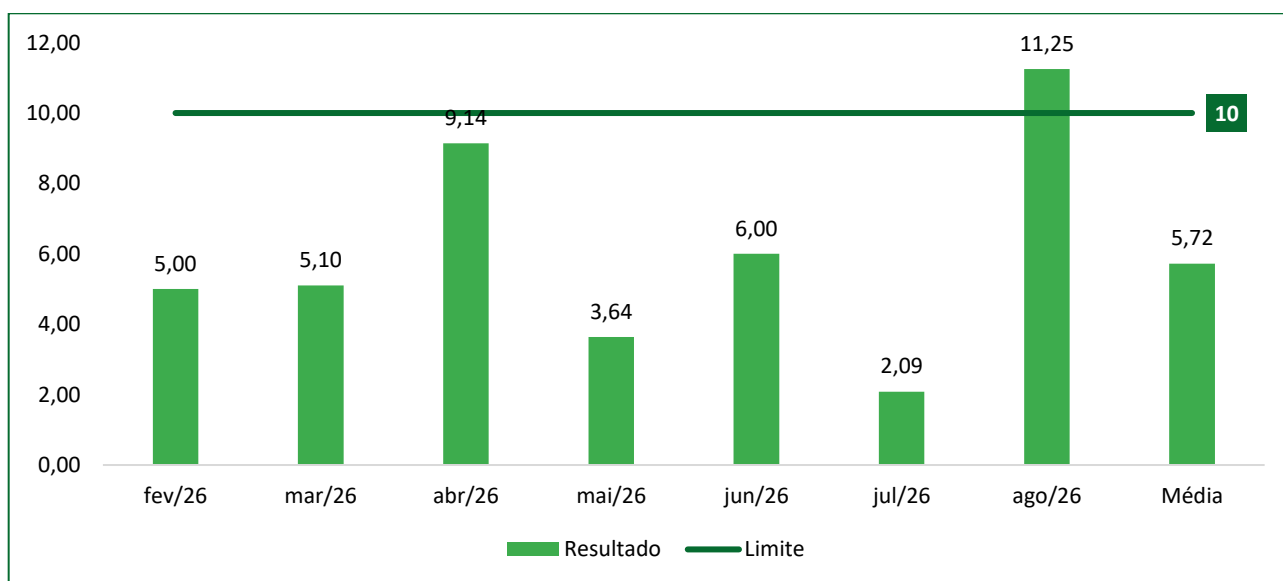
Gráfico 15: Média de Permanência da UTI Adulto



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Com um total de 247 pacientes-dia e 36 saídas, a UTI Adulto encerrou o período com média de permanência de 6,86 dias, mantendo-se em conformidade com a meta estipulada de até 7 dias. O resultado situou-se 2% abaixo do teto máximo (uma diferença favorável de 0,14 dia), evidenciando o manejo adequado de quadros críticos de alta complexidade e garantindo o tempo necessário de suporte intensivo com uso racional da capacidade instalada.

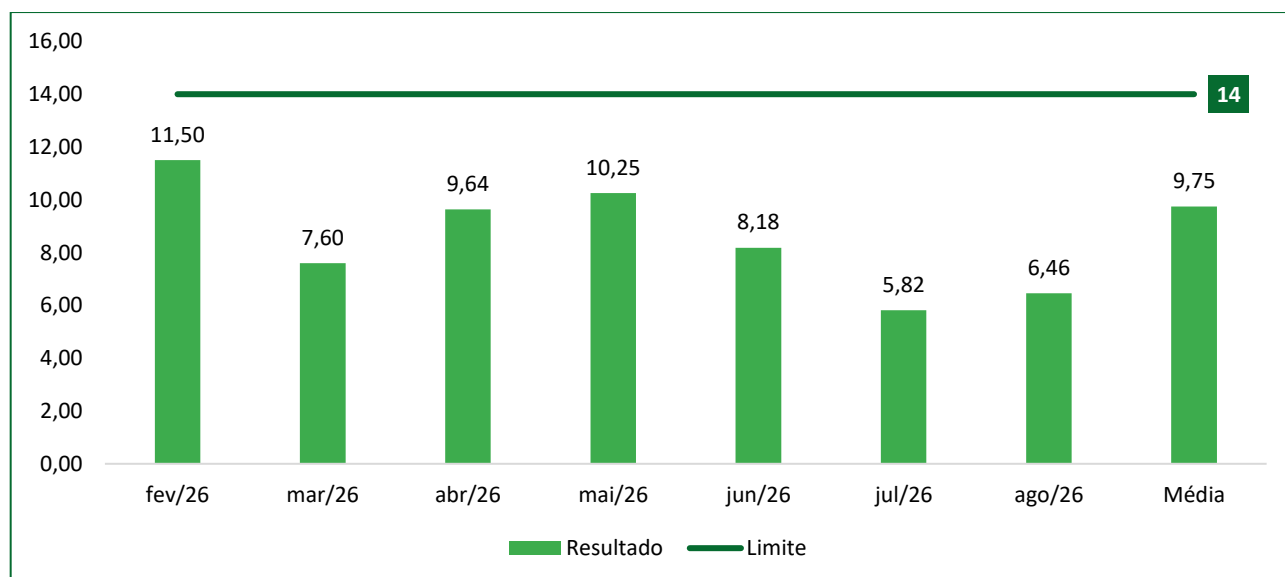
Gráfico 16: Média de Permanência da UTI Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período avaliado, a UTI Pediátrica registrou média de permanência de 11,25 dias, considerando 45 pacientes-dia e 4 saídas, resultado superior à meta estabelecida de até 10 dias. O indicador ficou 1,25 dia acima do parâmetro, correspondendo a um acréscimo de 12,5% em relação à meta. Esse desempenho está relacionado à complexidade dos casos atendidos e à necessidade de um período maior de internação para a estabilização e a melhora do quadro clínico dos pacientes. No período, foi registrado o atendimento nº 1935920, reforçando a demanda assistencial e a necessidade de permanência prolongada para assegurar a continuidade do cuidado intensivo pediátrico.

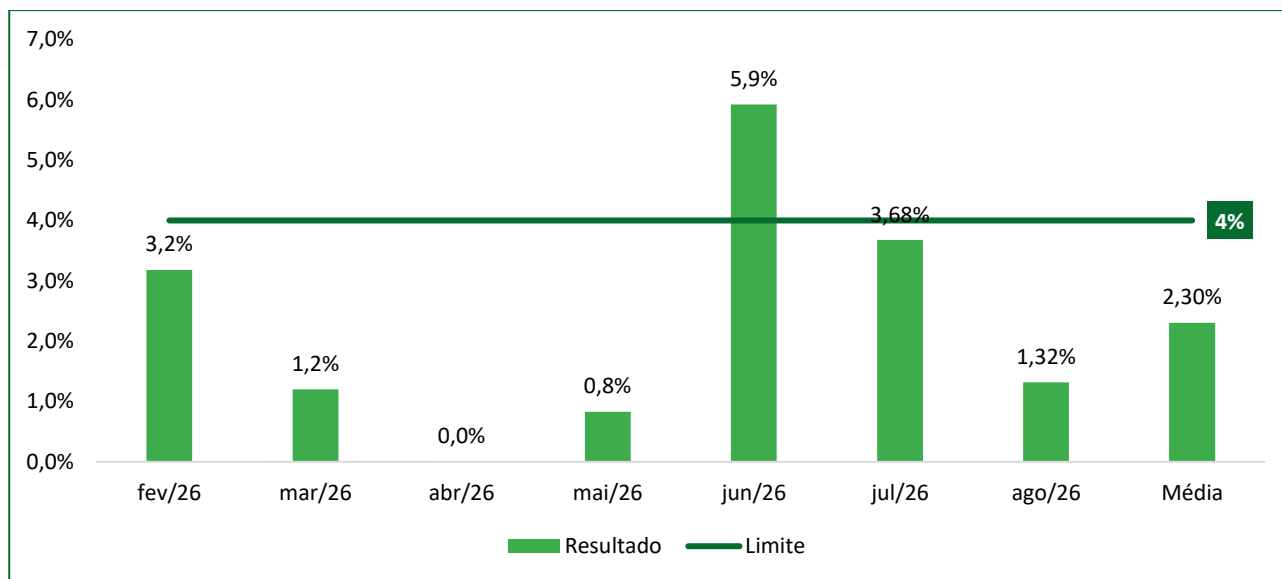
Gráfico 17: Média de Permanência da UTI Neonatal



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período avaliado, a UTI Neonatal apresentou média de permanência de 6,46 dias, considerando 84 pacientes-dia e 13 saídas. O resultado ficou 7,54 dias abaixo da meta estabelecida de até 14 dias, correspondendo a uma permanência média 53,86% inferior ao limite previsto. Esse desempenho demonstra um resultado favorável no acompanhamento dos recém-nascidos internados, com evolução clínica adequada e tempo de permanência compatível com a assistência prestada na unidade.

Gráfico 18: Taxa de Suspensão de Cirurgia

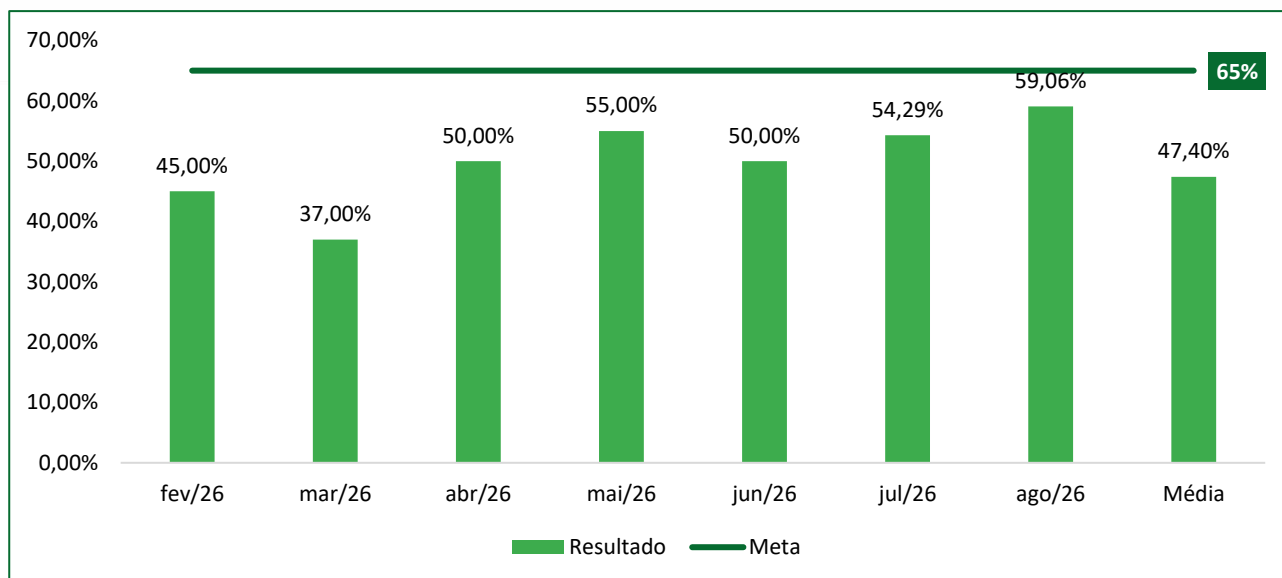


Fonte: Agendamento Cirúrgico HMA(2026)

A taxa de suspensão de cirurgias foi de 1,32%, mantendo-se abaixo da meta estabelecida de 4%. O resultado demonstra desempenho satisfatório no planejamento e na realização dos procedimentos cirúrgicos.

Foram registrados dois procedimentos cancelados em decorrência das condições clínicas apresentadas pelos pacientes, impossibilitando a realização dos mesmos. Ambos procedimentos foram realizados posteriormente dentro da competência.

Gráfico 19: Proporção de Partos Vaginais



Fonte: Faturamento HMA (2026)

No mês de agosto de 2026, o Hospital Municipal de Araucária registrou 127 partos, sendo 75 partos vaginais, correspondentes a 59,06% do total, e 52 cesáreas, equivalentes a 40,94%. Houve predominância da via vaginal no período. Em relação à referência assistencial de 65% de partos vaginais e 35% de cesáreas, a via vaginal permaneceu 5,94 pontos percentuais abaixo da referência e a cesárea 5,94 pontos percentuais acima.

Para a consolidação institucional, foram agrupadas as variações equivalentes de codificação da via de parto constantes na base, preservando a natureza assistencial de cada atendimento e sem alteração do conteúdo clínico registrado.

A análise das indicações expressamente registradas demonstrou perfil multifatorial. Os fatores relacionados à decisão materna, incluindo desejo materno, recusa ou desistência da indução, estiveram presentes em 15 atendimentos (28,85%). Entre as categorias obstétricas específicas, a cesárea anterior e a iteratividade constituíram o principal núcleo recorrente, com 12 registros (23,08%). Também foram identificadas alterações da avaliação fetal, apresentações fetais desfavoráveis, falha de indução ou de progressão, condições hipertensivas, diabetes gestacional, prematuridade ou rotura prematura de membranas e suspeita de feto grande.

Categoria consolidada	Indicações abrangidas	Nº de atendimentos	% das cesáreas
Fatores relacionados à decisão materna	Desejo materno; recusa ou desistência da indução	15	28,85%
Cesárea anterior ou iteratividade	Cesárea anterior; iteratividade	12	23,08%
Alterações da avaliação ou do bem-estar fetal	CTG não tranquilizadora; DIP II; bradicardia fetal; líquido meconial	6	11,54%
Apresentação ou situação fetal desfavorável	Apresentação pélvica; situação lateralizada	5	9,62%
Falha de indução ou de progressão	Falha de indução; falha de progressão do trabalho de parto	4	7,69%
Condições hipertensivas maternas	Hipertensão gestacional; hipertensão; pico pressórico	3	5,77%
Diabetes mellitus gestacional	DMG; DMG descompensada	2	3,85%
Prematuridade ou rotura prematura de membranas	Trabalho de parto prematuro; rotura prematura de membranas	2	3,85%
Suspeita de feto grande/macrossomia	Feto grande para a idade gestacional	1	1,92%

Nota técnica: as categorias são sobrepostas, pois um mesmo atendimento pode conter mais de uma condição clínica ou obstétrica. Os percentuais foram calculados sobre o total de 52 cesáreas e não devem ser somados. A categorização agregada preserva a análise institucional e não substitui a avaliação individual do prontuário.

Para a leitura segundo a Classificação de Robson, as indicações clínicas foram mantidas separadas das características obstétricas. Os registros permitiram reconhecer eixos relacionados à cesárea anterior ou iteratividade, à apresentação fetal, à idade gestacional e à evolução do trabalho de parto. A classificação definitiva em grupo de Robson depende do conjunto completo de variáveis de cada gestante, como paridade, cesárea prévia, início do trabalho de parto, idade gestacional, apresentação e número de fetos; por isso, não foi atribuído grupo específico de forma presumida. A classificação possui finalidade epidemiológica e de monitoramento, não substituindo a indicação clínica individual da via de parto.

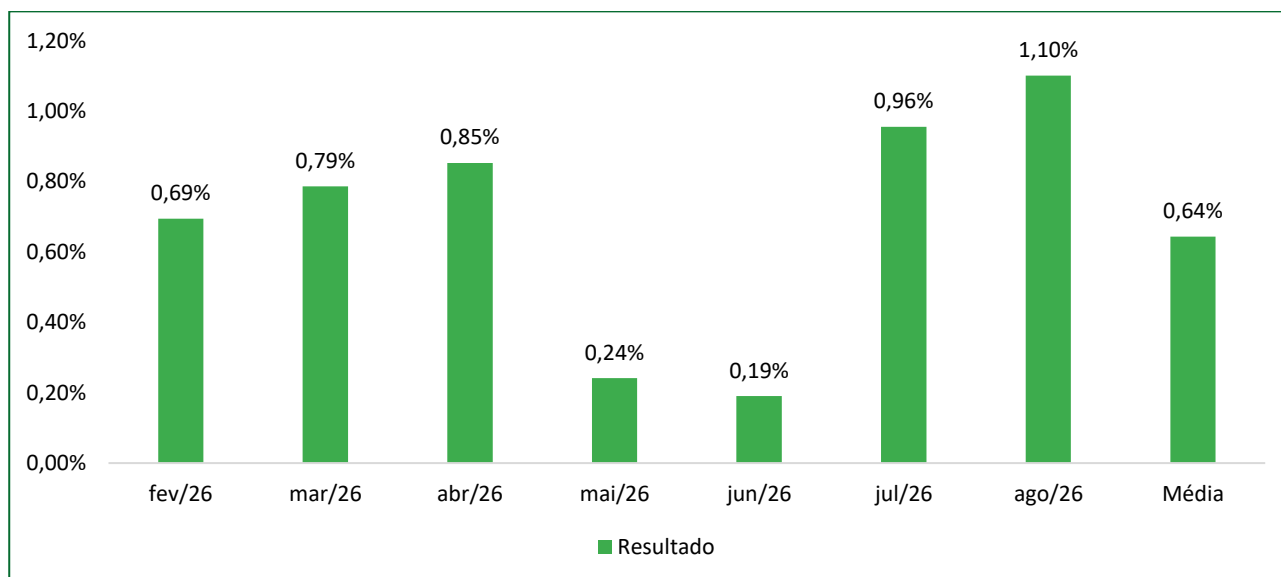
A proporção de cesáreas de 40,94% permaneceu acima da referência assistencial de 35%, porém o resultado não deve ser interpretado isoladamente como inadequação da via de parto, falha assistencial ou ausência de estímulo ao parto vaginal. A análise demonstrou que o perfil do mês decorreu da combinação entre histórico obstétrico, condições clínicas maternas, alterações da avaliação fetal, evolução do trabalho de parto, apresentação fetal e fatores relacionados à decisão materna.

O Hospital Municipal de Araucária atua como maternidade de referência para gestação de alto risco, recebendo gestantes do município e da abrangência regional. Esse perfil assistencial concentra pacientes com maior complexidade materno-fetal e interfere diretamente na distribuição das vias de parto. Os registros relacionados à decisão materna também foram analisados no contexto das demais condições clínicas e obstétricas associadas, não devendo ser interpretados, de forma automática, como cesáreas exclusivamente eletivas.

Conclui-se que houve predominância dos partos vaginais em agosto de 2026, com 59,06% do total. Embora a proporção de cesáreas tenha permanecido acima da referência assistencial, as indicações registradas demonstraram perfil multifatorial e participação relevante de cesárea anterior ou iteratividade, decisão materna, alterações fetais e intercorrências maternas. O percentual deve permanecer como indicador de monitoramento institucional, sempre associado à revisão individualizada das indicações e à segurança materno-fetal, sem que a classificação epidemiológica substitua a decisão clínica documentada.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE MORTALIDADE

Gráfico 20: Taxa de Mortalidade Não Institucional



Fonte: Faturamento HMA (2026)

7 óbitos informados + 636 saídas hospitalares x 100 = 1,10%.

Situação: apuração preliminar, condicionada à conciliação da classificação.

P - Planejar

Acompanhar a mortalidade não institucional da competência, com identificação dos casos, definição rastreável do critério de classificação e análise pela Comissão de Óbitos. O objetivo contratual é apresentar o indicador e sua análise no prazo estabelecido; não há, no quadro específico, limite percentual de mortalidade para comparação.

D - Fazer

Registramos os 7 óbitos informados nessa categoria e calculamos sua proporção sobre as 635 saídas hospitalares. Conforme informação da gestão, a Comissão analisou os óbitos do mês e os considerou justificáveis. A ata ou o relatório que individualiza essa conclusão permanece pendente de juntada.

C - Verificar

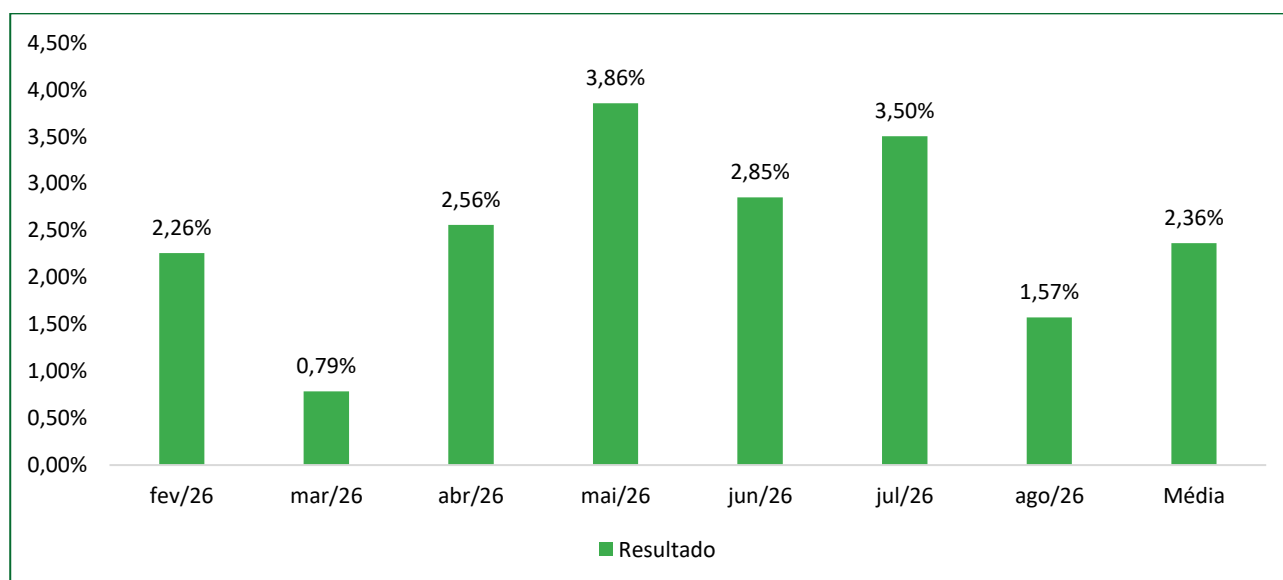
O resultado aritmético é de 1,10%. Entretanto, o Termo de Referência reproduz a expressão “óbitos após 24h e/ou internação” tanto para a mortalidade não institucional quanto para a institucional. Essa redação não diferencia as categorias de modo suficiente. Por isso, conservamos a classificação recebida, sem substituir o critério contratual por outro corte temporal.

A análise encaminhada não descreve causas clínicas ou circunstâncias individuais dos 7 casos. Assim, a classificação como justificáveis é registrada como conclusão comunicada da Comissão, sem atribuição automática dos eventos a fatores externos, falha assistencial ou ausência de oportunidades de melhoria.

A - Agir

Não foram informadas medidas corretivas adicionais já executadas. Para continuidade do ciclo, propomos conciliar a relação de óbitos com as datas e horários de admissão e de óbito e submeter o critério de classificação à validação da Comissão e da SMSA. Esses encaminhamentos não são apresentados como providências já realizadas.

Gráfico 21: Taxa de Mortalidade Institucional



Fonte: Faturamento HMA (2026)

10 óbitos informados + 636 saídas hospitalares x 100 = 1,57%.

Situação: apuração preliminar, condicionada à conciliação da classificação.

P - Planejar

Apurar a mortalidade institucional em registros individualizados, contabilizando cada óbito uma única vez no total hospitalar. A análise deve relacionar a classificação, a data de ocorrência e a conclusão da Comissão, identificando os eventos neonatais e cirúrgicos quando aplicável.

D - Fazer

Utilizamos 11 óbitos institucionais e 635 saídas, conforme os dados informados. Registramos a conclusão comunicada de que a Comissão considerou os casos justificáveis, sem excluir óbitos do cálculo em razão dessa classificação.

C - Verificar

A taxa calculada é de 1,73%. O fechamento depende da confirmação de que os 11 casos correspondem ao conjunto institucional do hospital, incluindo ou não o neonatal. Não acrescentamos automaticamente esse evento aos 11, pois isso poderia gerar dupla contagem.

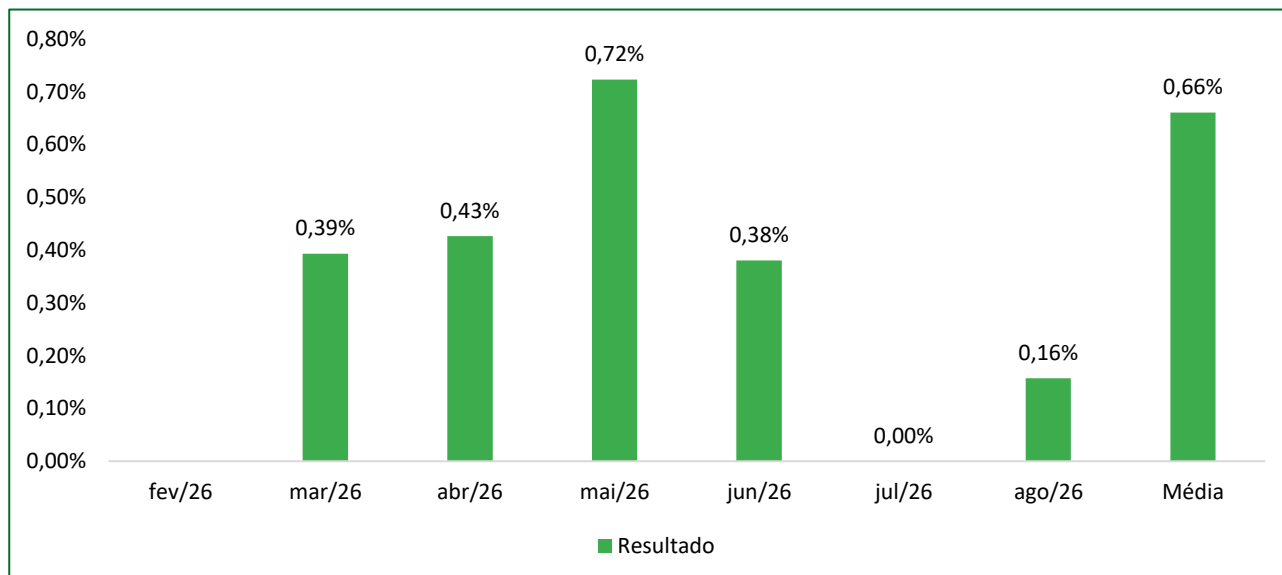
O registro “1 neonatal - 6 dias” não esclarece se o período corresponde à idade do recém-nascido ou ao tempo de internação. A classificação requer a identificação do caso e das datas e horários pertinentes; a listagem de ocupação neonatal não comprova, isoladamente, o desfecho óbito.

Sem a síntese clínica da Comissão, não atribuímos os eventos a gravidade, comorbidades ou outras causas não apresentadas. O resultado é descritivo e não permite concluir melhora ou piora em relação a meses anteriores, pois não foi fornecida série histórica comparável nesta etapa.

A - Agir

A avaliação pela Comissão é a atividade concluída informada; outras intervenções não foram documentadas. Propomos esclarecer a inclusão do neonatal, conciliar os quantitativos e incorporar o parecer fundamentado. Medidas decorrentes desse parecer deverão ser registradas quando efetivamente realizadas.

Gráfico 22: Taxa de Mortalidade Materna/Infantil Institucional



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P - Planejar

Monitorar a ocorrência de óbitos maternos institucionais na competência. Para esta prestação, adotamos o denominador expressamente previsto no Termo de Referência: total de saídas hospitalares. A nota do documento contempla a gravidez e o período de até 42 dias após o parto, independentemente da duração e do local da gravidez.

D - Fazer

Registramos a informação de ausência de óbito materno em agosto de 2026 e efetuamos o cálculo contratual com as 635 saídas hospitalares. Não foi apresentado caso materno para descrição individualizada de causas ou de medidas decorrentes da revisão de um evento.

C - Verificar

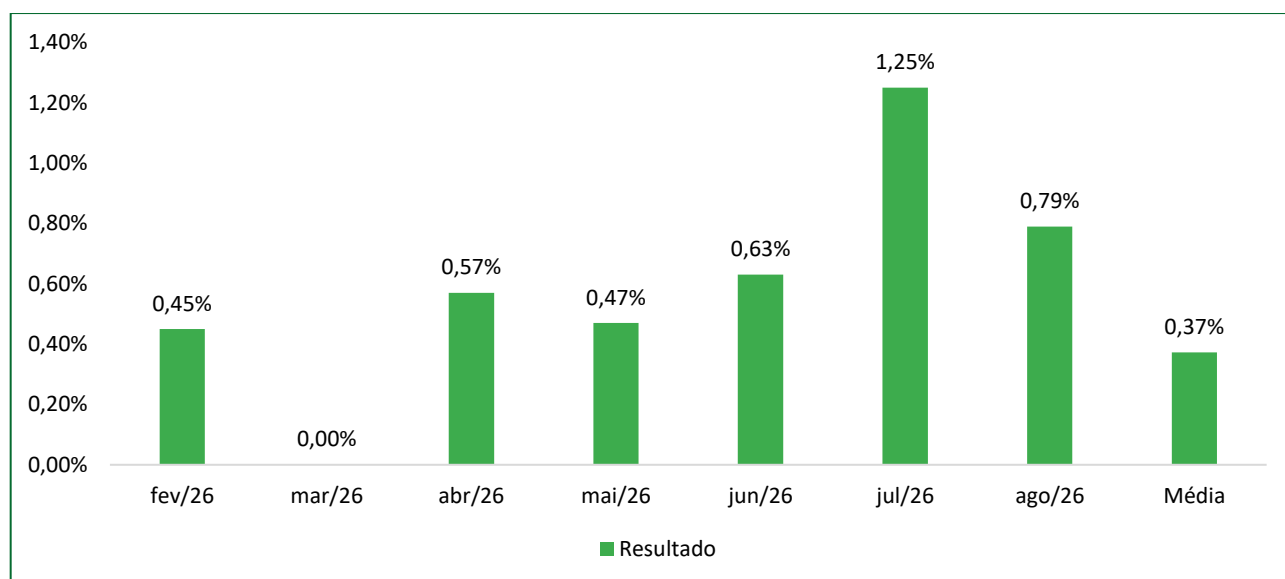
O indicador resulta em 0,00%, conforme os dados informados. Trata-se da taxa contratual sobre saídas hospitalares; não substituímos o denominador por nascidos vivos ou por saídas exclusivamente obstétricas. O extrato que sustenta a ausência de eventos maternos permanece pendente de apresentação.

O registro de zero óbito é o resultado observado informado para a competência, e não comprovação isolada de eficácia de uma intervenção. Também não implica, por si só, cumprimento integral do item contratual, que exige a apresentação do indicador e da análise da Comissão.

A - Agir

Não foram informadas ações corretivas específicas executadas a partir de óbito materno, pois não houve evento comunicado. Para o acompanhamento, propomos manter a conferência mensal da classificação materna nos registros de óbito e formalizar a validação do resultado pela Comissão, com suporte da documentação do período. Não atribuímos a essa proposta execução ou resultados já comprovados

Gráfico 23: Taxa de Mortalidade Cirúrgica



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P - Planejar

Apurar a mortalidade cirúrgica conforme o critério do Termo de Referência: óbitos ocorridos até sete dias após procedimento cirúrgico, divididos pelo número de cirurgias realizadas. A definição exige vincular o evento à data do procedimento e documentar o total cirúrgico da competência.

D - Fazer

Registramos 1 óbito informado como cirúrgico e 190 cirurgias realizadas em agosto/2026, conforme os dados da gestão, obtendo a taxa de 0,53%. A conclusão comunicada é de que todos os óbitos analisados pela Comissão foram considerados justificáveis.

C - Verificar

A taxa calculada é de 0,53% ($1 \div 190 \times 100$). Permanecem necessárias a comprovação das 190 cirurgias realizadas e a confirmação de que o evento ocorreu até sete dias após o procedimento. O denominador não foi substituído pelas 635 saídas hospitalares, pelas saídas da Clínica Cirúrgica ou por cirurgias agendadas.

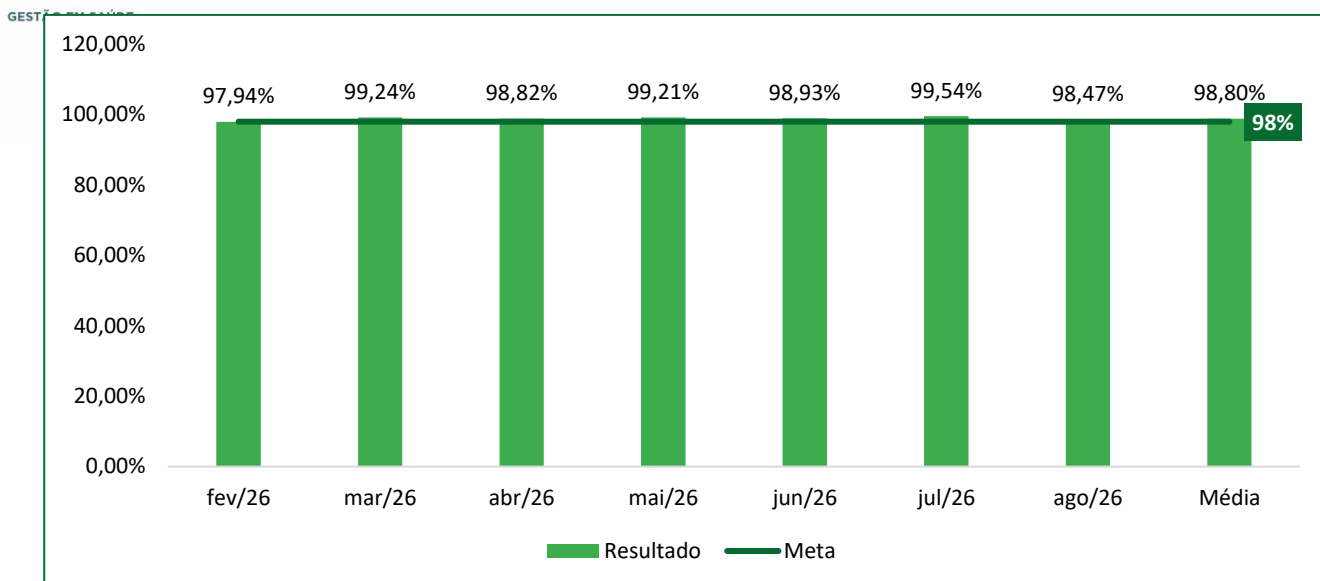
O caso cirúrgico não é acrescentado automaticamente ao total de óbitos: sua vinculação aos registros adulto, neonatal, institucional ou não institucional deve ser conferida para evitar duplicidade. A informação de óbito após cirurgia, isoladamente, não fundamenta uma conclusão sobre causa ou qualidade assistencial; essa avaliação depende do parecer do caso.

A - Agir

Complementamos a apuração com o total informado de 190 cirurgias e registramos a taxa de 0,53%. Não foram informadas intervenções assistenciais específicas já executadas a partir desse evento. Para o fechamento, permanecem pendentes a documentação da produção, as datas do procedimento e do óbito e o parecer da Comissão.

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

Gráfico 24: Taxa de Classificação de Risco



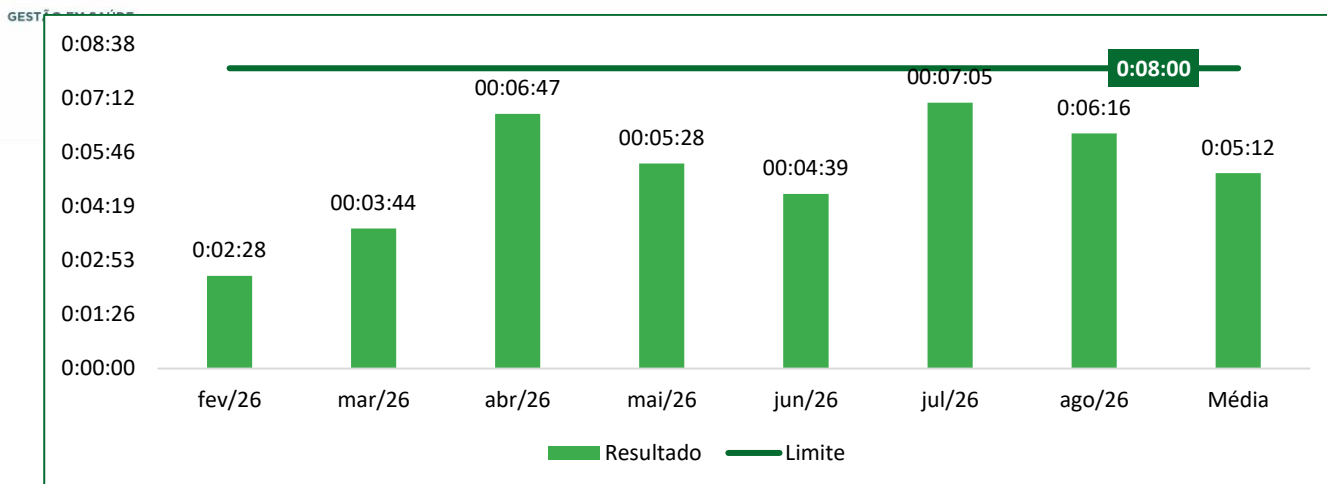
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

No período avaliado, o indicador de Classificação de Risco apresentou resultado de 98,47%, superando a meta estabelecida de 98% em 1,54 ponto percentual. Esse desempenho corresponde ao cumprimento de aproximadamente 101,57% da meta prevista, evidenciando resultado satisfatório e acima do parâmetro institucional.

O percentual alcançado demonstra que a maioria dos usuários foi submetida à avaliação e à priorização do atendimento conforme o grau de risco clínico, contribuindo para maior organização do fluxo assistencial, redução de possíveis atrasos e direcionamento adequado dos pacientes de acordo com a gravidade apresentada.

O resultado também indica a efetividade das rotinas adotadas pela equipe responsável, especialmente quanto à aplicação dos protocolos, à identificação das prioridades clínicas e à condução dos atendimentos de forma mais segura e adequada. Recomenda-se, contudo, a manutenção do monitoramento contínuo do indicador, com acompanhamento de eventuais oscilações e avaliação dos casos que não foram contemplados, a fim de preservar o desempenho alcançado e buscar a melhoria contínua do processo.

Gráfico 25: Tempo Médio de espera para Classificação de Risco

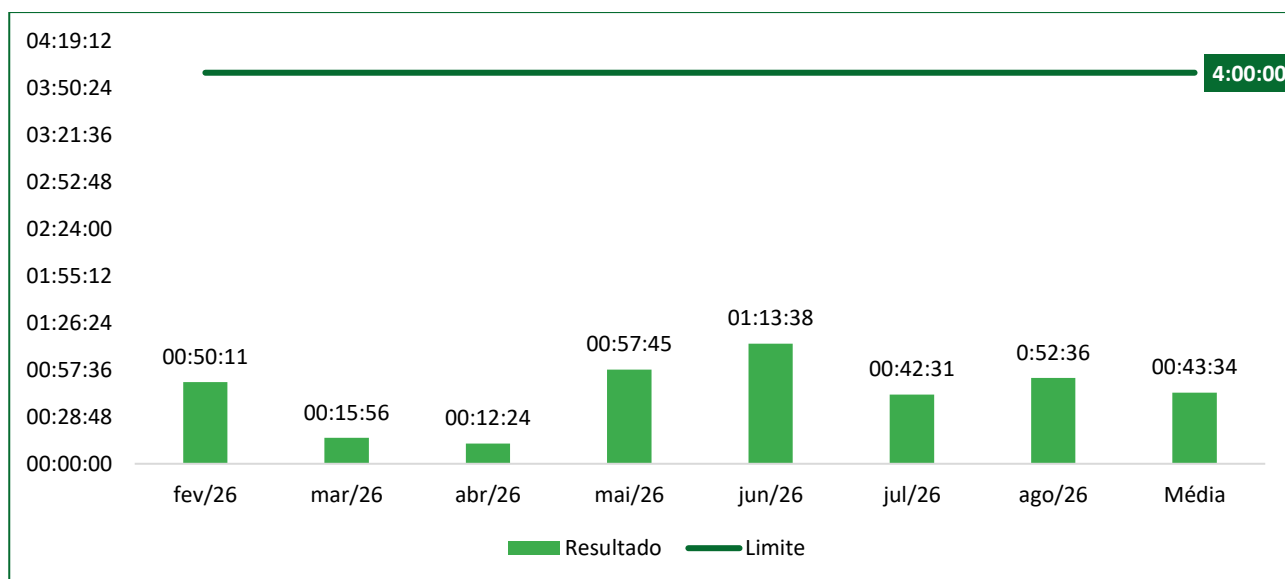


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O tempo médio para a classificação de risco foi de 00:06:16, permanecendo abaixo da meta estabelecida de 8 minutos. O resultado representa um tempo 1 minuto e 44 segundos inferior ao limite definido, demonstrando agilidade no acolhimento e na avaliação inicial dos pacientes.

O indicador apresentou desempenho satisfatório, contribuindo para a priorização adequada dos atendimentos conforme a gravidade clínica e para a segurança da assistência.

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



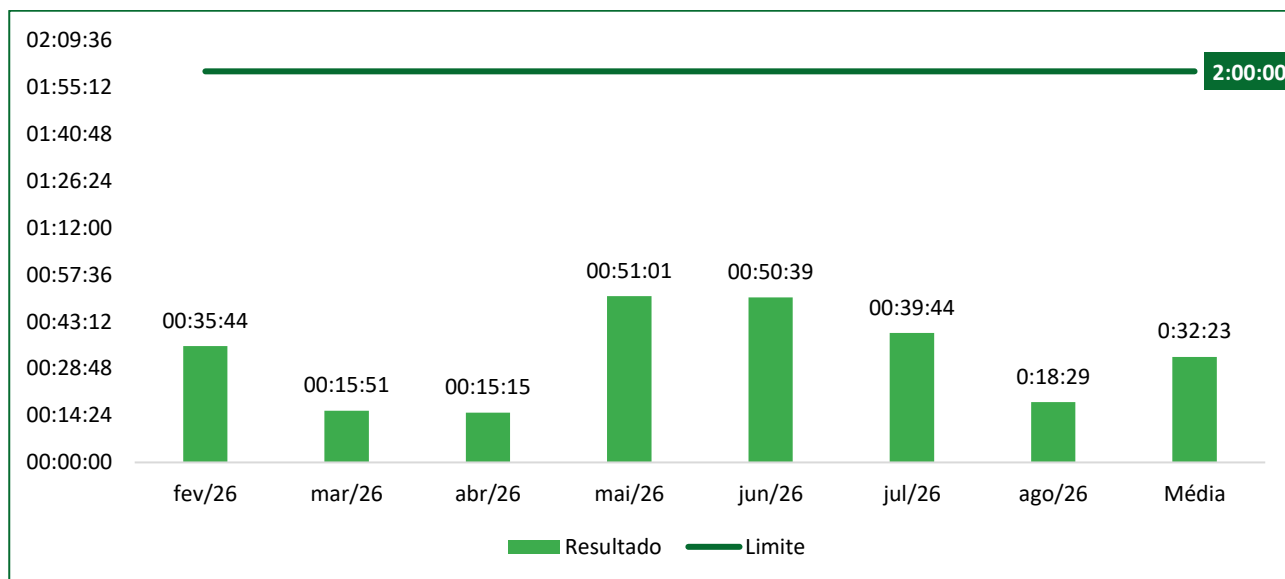
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O tempo médio de atendimento dos pacientes classificados com a cor azul foi de 00:52:36, permanecendo abaixo da meta estabelecida de 4 horas. O resultado representa

um tempo 3 horas, 7 minutos e 24 segundos inferior ao limite definido, indicando desempenho satisfatório e agilidade no atendimento dos casos de menor gravidade clínica.

O indicador demonstra cumprimento da meta e organização adequada do fluxo assistencial.

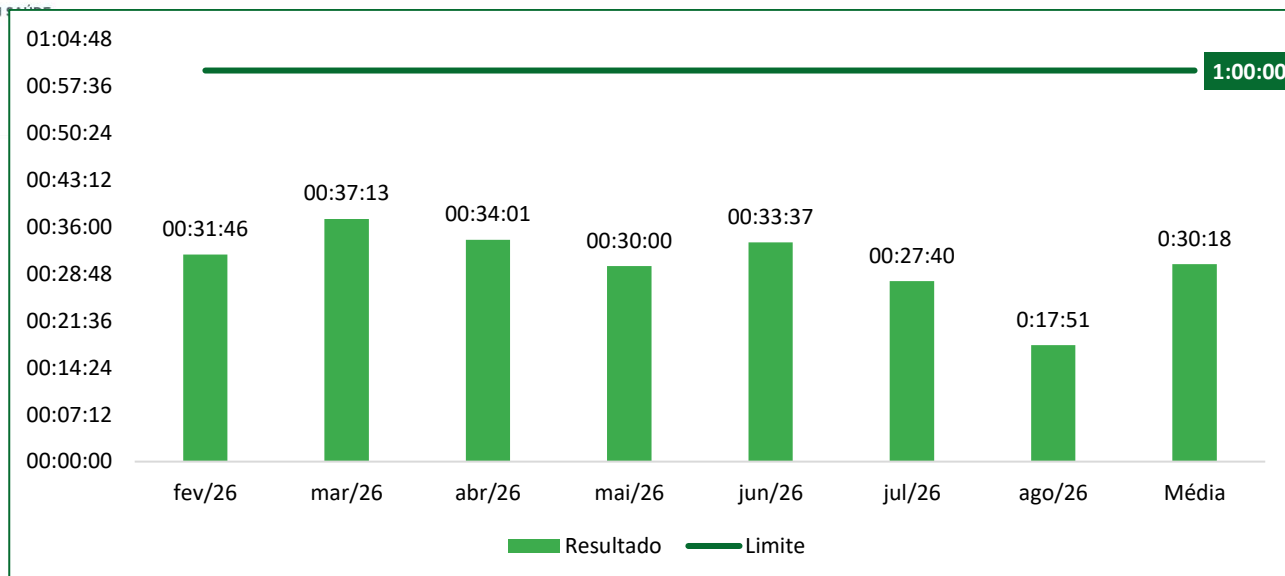
Gráfico 27: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Verde/Pouco Urgente



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O tempo médio de atendimento dos pacientes classificados com a cor verde foi de 00:18:29, permanecendo abaixo da meta estabelecida de 2 horas. O resultado representa um tempo 1 hora, 20 minutos e 16 segundos inferior ao limite definido, demonstrando agilidade e cumprimento do tempo esperado para os atendimentos de menor gravidade.

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

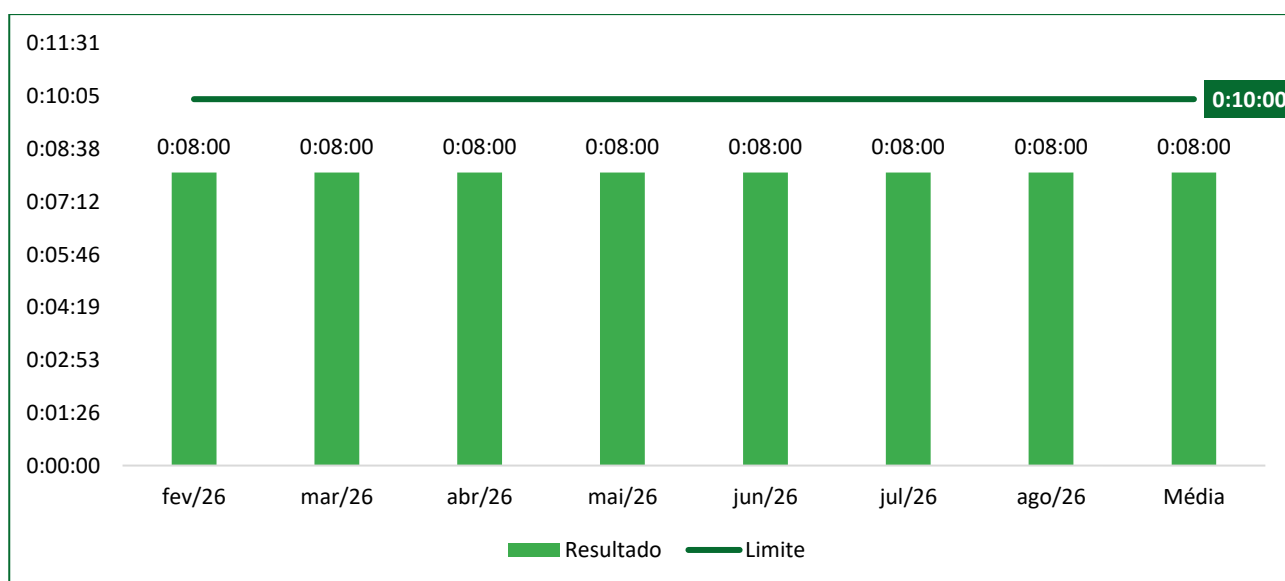


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

Para os pacientes classificados com a cor amarela, o tempo médio de atendimento foi de 00:17:51, frente à meta de até 1 hora. O resultado ficou 42 minutos e 9 segundos abaixo do limite estabelecido, evidenciando resposta assistencial dentro do tempo adequado para casos de maior prioridade clínica.

Esse desempenho demonstra efetividade na identificação e no direcionamento dos pacientes conforme o risco, favorecendo a intervenção oportuna e a segurança do atendimento.

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

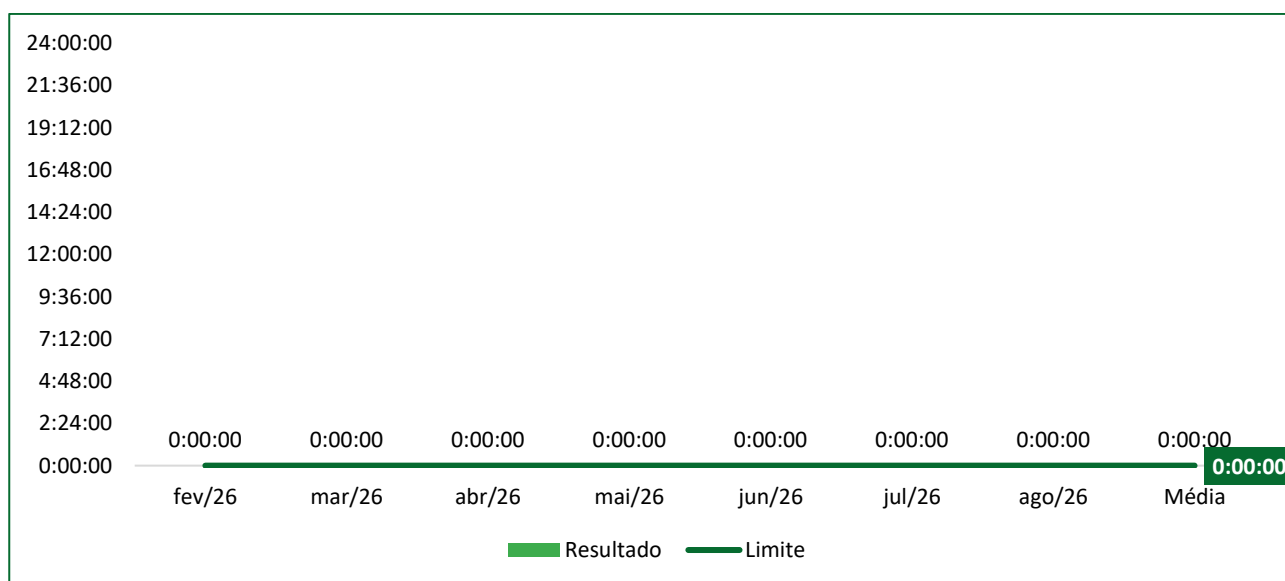


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O tempo médio de atendimento dos pacientes classificados com a cor laranja foi de 8 minutos, ficando 2 minutos abaixo da meta estabelecida de 10 minutos. O resultado demonstra resposta assistencial rápida para pacientes de alta prioridade, favorecendo a intervenção em tempo oportuno e a segurança do atendimento.

O indicador apresentou resultado satisfatório, com cumprimento da meta definida.

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

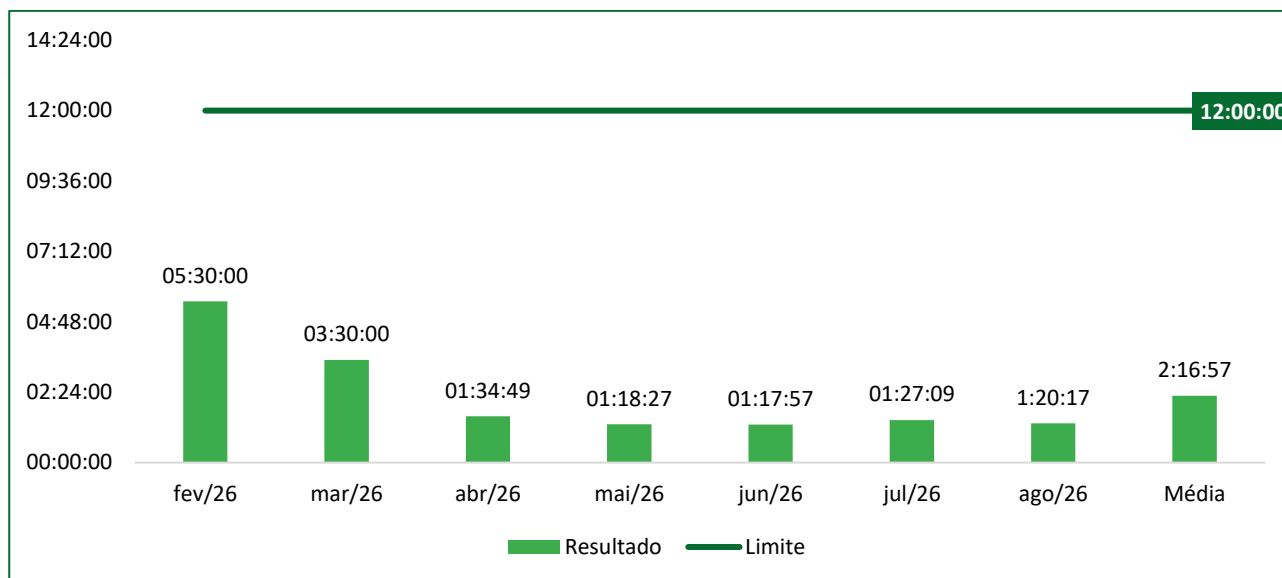


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

Os pacientes classificados com a cor vermelha receberam atendimento imediato, conforme a prioridade máxima estabelecida pelo protocolo de classificação de risco. O resultado demonstra cumprimento da meta assistencial e resposta adequada às situações de emergência, garantindo agilidade na avaliação e no início das condutas necessárias.

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

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

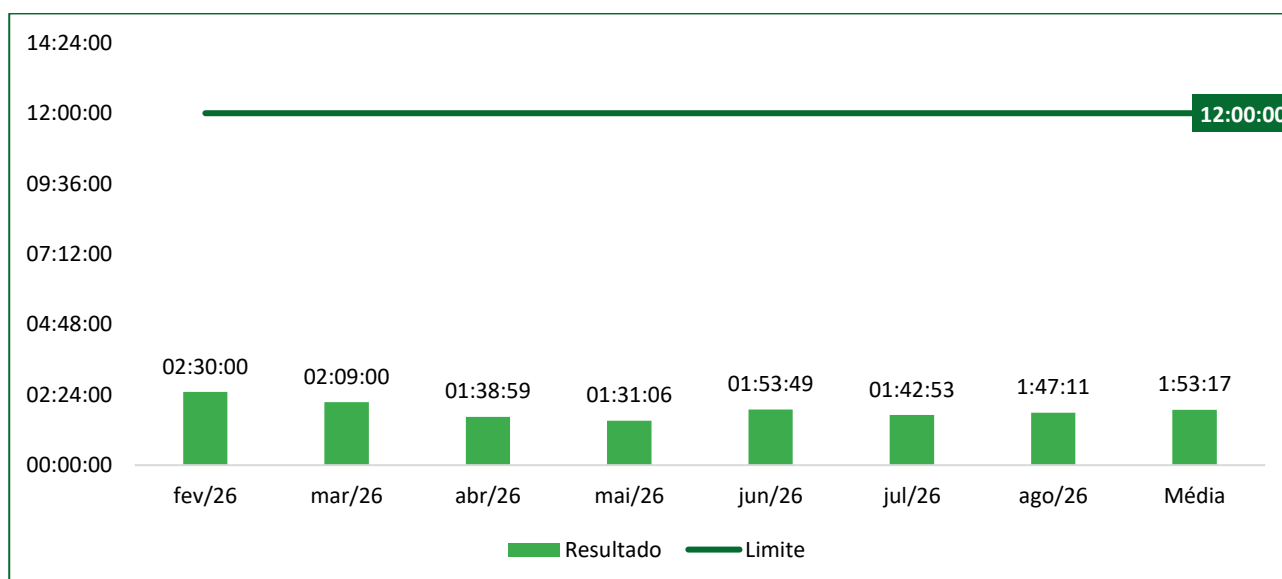


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O tempo médio de espera no Pronto-Socorro Geral foi de 01:20:17, permanecendo dentro da meta estabelecida de até 12 horas. O resultado ficou 10 horas, 39 minutos e 43 segundos abaixo do limite, demonstrando um fluxo de atendimento adequado e capacidade de resposta dentro do prazo previsto.

O cumprimento da meta indica desempenho favorável no acolhimento, na avaliação inicial e no encaminhamento dos pacientes, devendo ser mantido o monitoramento para assegurar a continuidade da qualidade e da segurança assistencial.

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

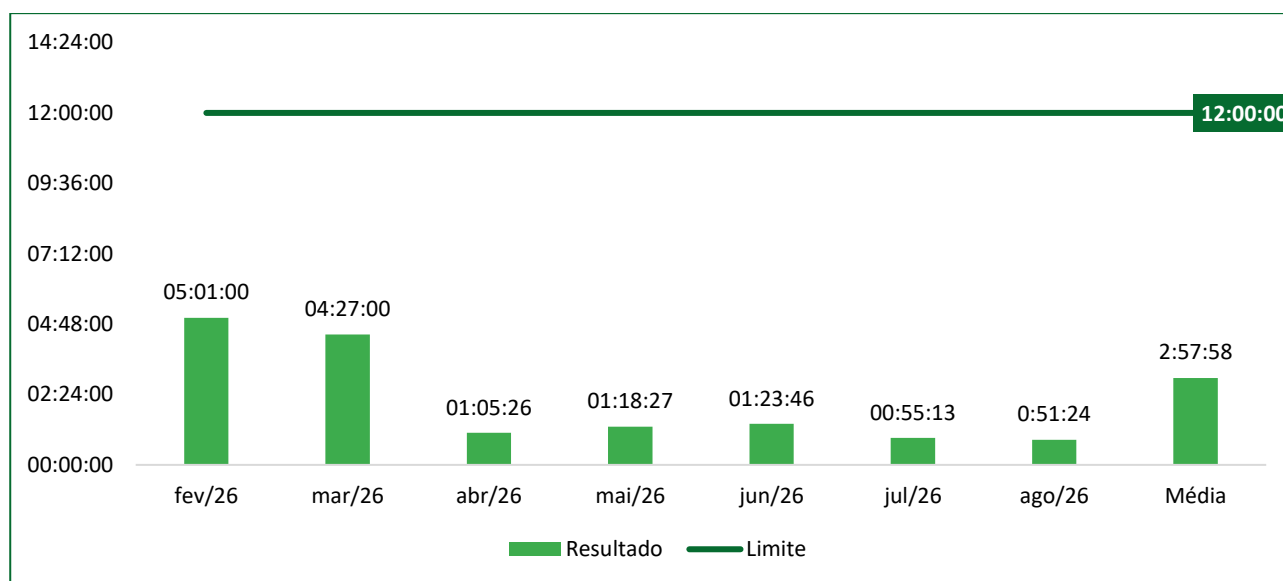


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

No Pronto-Socorro Obstétrico, o tempo médio de espera registrado foi de 1:47:11, resultado significativamente inferior à meta de 12 horas. Houve uma margem favorável de 10 horas, 12 minutos e 49 segundos, evidenciando que as pacientes foram avaliadas e encaminhadas em tempo adequado, conforme a prioridade clínica identificada.

O resultado é especialmente relevante no atendimento obstétrico, que exige agilidade na identificação de situações de risco materno e fetal. Dessa forma, o indicador demonstra efetividade no fluxo de atendimento e na organização da assistência, mantendo-se o acompanhamento contínuo para garantir a segurança das gestantes e dos recém-nascidos.

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



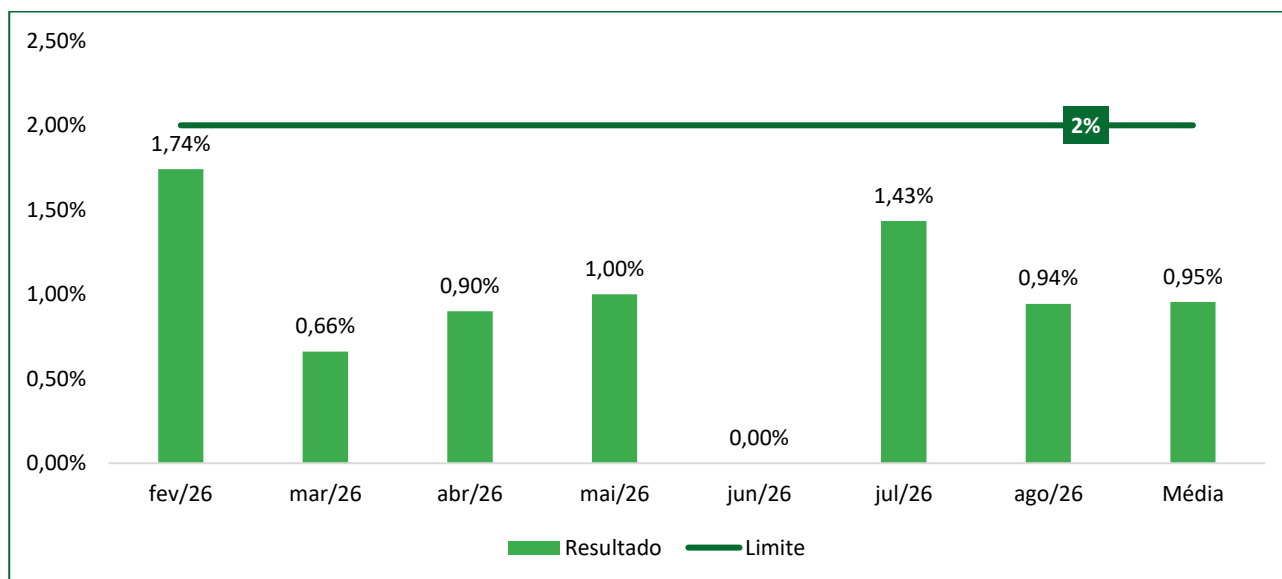
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O Pronto-Socorro Infantil apresentou tempo médio de espera de 0:51:24, mantendo-se dentro da meta estabelecida de até 12 horas. O resultado ficou 11 horas, 8 minutos e 36 segundos abaixo do limite, demonstrando um fluxo de atendimento ágil e adequado às necessidades dos pacientes pediátricos.

O desempenho favorece a avaliação precoce das crianças, a identificação oportuna de sinais de gravidade e o encaminhamento conforme a prioridade clínica, contribuindo para a segurança e a qualidade da assistência prestada.

INDICADORES – SEGURANÇA DO PACIENTE

Gráfico 34: Taxa global de infecção Hospitalar



Fonte: SCIH HMA (2026)

Em agosto de 2026, foram confirmadas 6 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) entre 636 saídas hospitalares, correspondendo a uma taxa geral de 0,94%. O resultado permaneceu abaixo da meta institucional estabelecida (<2%), sendo classificado como satisfatório.

Em comparação a julho, quando foram identificadas 9 IRAS em 628 saídas hospitalares, com taxa de 1,43%, observou-se redução de 33,33% no número absoluto de eventos e de aproximadamente 34% na taxa geral de IRAS. Essa redução ocorreu mesmo diante do aumento de 1,27% no número de saídas hospitalares no período.

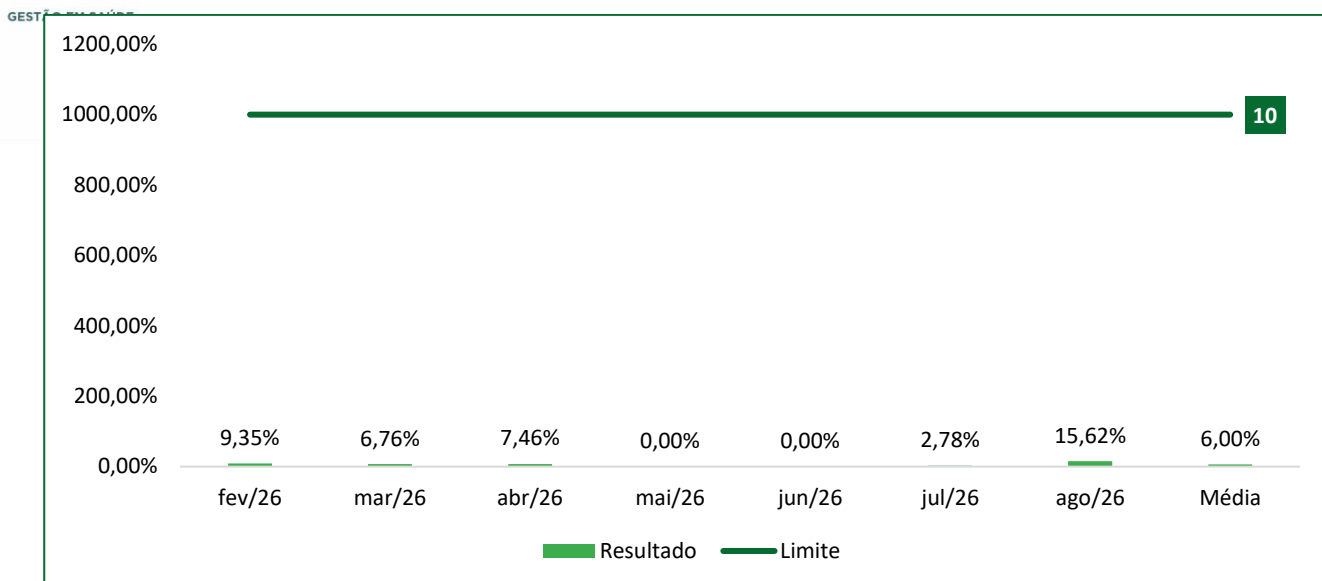
Quanto ao perfil epidemiológico, houve predomínio das Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC), responsáveis por 5 casos, equivalentes a 83,33% das IRAS identificadas. Também foi confirmado 1 caso de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) na UTI Adulto. Não foram registrados casos de Traqueobronquite Associada à Ventilação Mecânica, Infecção Primária da Corrente Sanguínea Laboratorial associada a Cateter Venoso Central (IPCSL-CVC) ou Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical de Demora (ITU-AC). No caso de PAV, foi isolada *Klebsiella pneumoniae* produtora de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL), microrganismo multirresistente que requer rigorosa adesão às precauções de contato,

às medidas previstas no bundle de prevenção de PAV e às diretrizes institucionais para o uso racional de antimicrobianos. A densidade de incidência de PAV foi de 15,63 casos por 1.000 ventiladores-dia, permanecendo acima da meta institucional e demandando acompanhamento direcionado pela unidade e pelo SCIH. A letalidade entre os pacientes com IRAS, considerando os óbitos ocorridos em até 14 dias após a identificação do evento, foi de 16,67%, correspondente a 1 óbito entre os 6 casos confirmados. O óbito ocorreu 5 dias após a identificação da PAV. Ressalta-se que esse indicador demonstra associação temporal, não sendo suficiente, isoladamente, para estabelecer relação causal entre a infecção e o desfecho. Recomenda-se, portanto, a análise individualizada do caso, considerando as condições clínicas, comorbidades e demais fatores associados.

Plano de ação — execução e acompanhamento pelo SCIH e Coordenações assistenciais até 05/10/2026:

- Manter o monitoramento mensal da Taxa Geral de IRAS, com análise estratificada por tipo de infecção, unidade de ocorrência e fatores de risco associados.
- Intensificar as auditorias de adesão aos bundles de prevenção de PAV e ISC, com registro dos achados, identificação de não conformidades e devolutiva às equipes das unidades envolvidas.
- Reforçar, na UTI Adulto, as medidas de prevenção de PAV, as precauções de contato e o gerenciamento adequado de pacientes colonizados ou infectados por microrganismos multirresistentes.
- Analisar individualmente o óbito ocorrido após a identificação da PAV, em conjunto com a equipe assistencial, para avaliação dos fatores contribuintes e definição de oportunidades de melhoria.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

Em agosto de 2026, foi confirmado 1 caso de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) na UTI Adulto. Considerando 64 ventiladores-dia, a densidade de incidência foi de 15,62 casos por 1.000 ventiladores-dia, resultado superior à meta institucional estabelecida (<10/1.000 ventiladores-dia) e, portanto, classificado como insatisfatório.

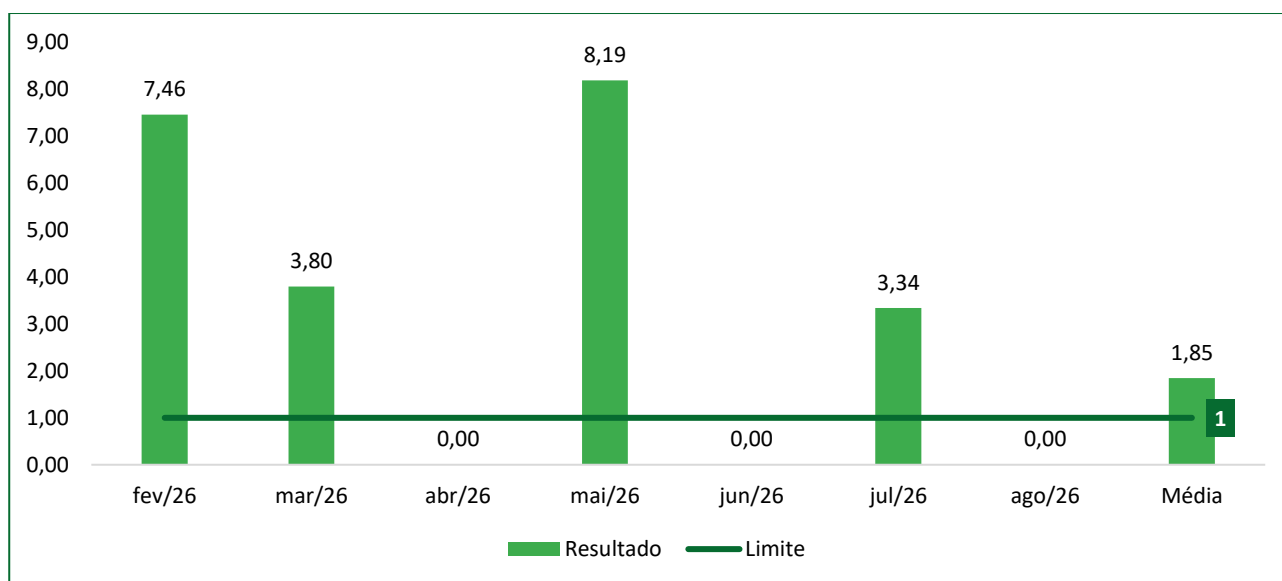
Em comparação a julho, quando foram registrados 2 casos e densidade de incidência de 27,78/1.000 ventiladores-dia, observou-se redução de 50% no número absoluto de eventos e de aproximadamente 43,75% na densidade de incidência. Embora o resultado demonstre melhora, o indicador permaneceu acima do limite institucional. A análise comparativa deve considerar o reduzido número absoluto de casos e a variação mensal dos ventiladores-dia, fatores que podem produzir oscilações expressivas no indicador. No caso confirmado, foi isolada *Klebsiella pneumoniae* produtora de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL). O perfil microbiológico reforça a necessidade de adesão rigorosa às precauções de contato, à higiene das mãos, à limpeza e desinfecção de equipamentos compartilhados e às diretrizes institucionais de uso racional de antimicrobianos. O paciente evoluiu a óbito 5 dias após a identificação da PAV, sendo o evento incluído no cálculo institucional de letalidade em até 14 dias. Ressalta-se que essa associação é exclusivamente temporal e não permite atribuir relação causal entre a infecção e o óbito sem análise clínica individualizada, considerando a gravidade do quadro, as comorbidades e os demais fatores contribuintes.

Plano de ação — execução e acompanhamento pelo SCIH e coordenação assistencial até 05/10/2026:

- Auditar a adesão ao bundle de prevenção de PAV, contemplando elevação da cabeceira, higiene oral, controle da pressão do balonete (cuff), manejo da sedação, avaliação diária da possibilidade de desmame e extubação e prevenção de broncoaspiração.
- Reforçar com a equipe da UTI Adulto as precauções de contato, a higiene das mãos e a limpeza e desinfecção dos equipamentos diante da identificação de microrganismo produtor de ESBL.
- Realizar análise individualizada do caso, com identificação de possíveis fatores contribuintes e oportunidades de melhoria na assistência.
- Apresentar devolutiva à equipe da UTI Adulto e manter o acompanhamento mensal da densidade de incidência de PAV e da adesão às medidas preventivas.

Apesar da evolução favorável em relação ao mês anterior, a densidade de incidência permaneceu acima da meta institucional, exigindo continuidade das ações corretivas, acompanhamento sistemático e avaliação da efetividade das medidas implementadas.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

Em agosto de 2026, não foram confirmados casos de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC). Considerando 243 SVD-dia, a densidade de incidência foi de 0,00 caso por 1.000 SVD-dia, permanecendo dentro da meta institucional estabelecida ($\leq 1/1.000$ SVD-dia) e sendo classificada como satisfatória.

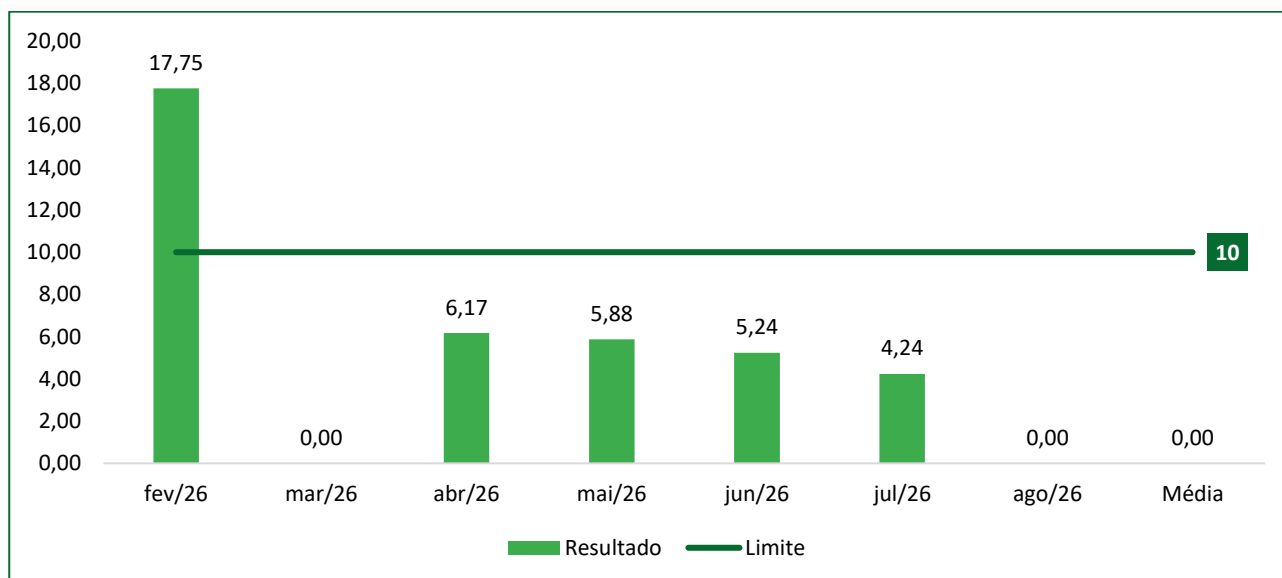
O resultado representa melhora em relação a julho, quando foi registrado 1 caso de ITU-AC, com densidade de incidência de 3,34 casos por 1.000 SVD-dia. Entretanto, considerando a exposição significativa dos pacientes ao dispositivo, a ausência de eventos não elimina o risco de infecção e exige a continuidade das medidas preventivas. A prevenção de ITU-AC está diretamente relacionada à indicação criteriosa do cateter, à técnica asséptica durante a inserção, à manutenção do sistema fechado, à adequada fixação da sonda, ao posicionamento correto da bolsa coletora, à preservação do fluxo urinário e à retirada imediata do dispositivo quando cessada sua indicação clínica.

Plano de ação — execução e acompanhamento pelo SCIH até 05/10/2026:

- Manter as auditorias de adesão ao bundle de prevenção de ITU-AC, com registro dos achados e devolutiva às equipes assistenciais.
- Reforçar a avaliação diária da necessidade de permanência do cateter e sua retirada imediata quando não houver mais indicação clínica.
- Monitorar a adequada fixação da sonda, a manutenção do sistema fechado, o posicionamento da bolsa coletora, a preservação do fluxo urinário e a qualidade dos registros assistenciais.
- Manter a vigilância epidemiológica ativa e o acompanhamento mensal da densidade de incidência e da utilização do dispositivo.

O indicador apresentou desempenho satisfatório no período. A manutenção desse resultado depende da adesão contínua às práticas preventivas e do gerenciamento criterioso do uso de dispositivos urinários invasivos.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

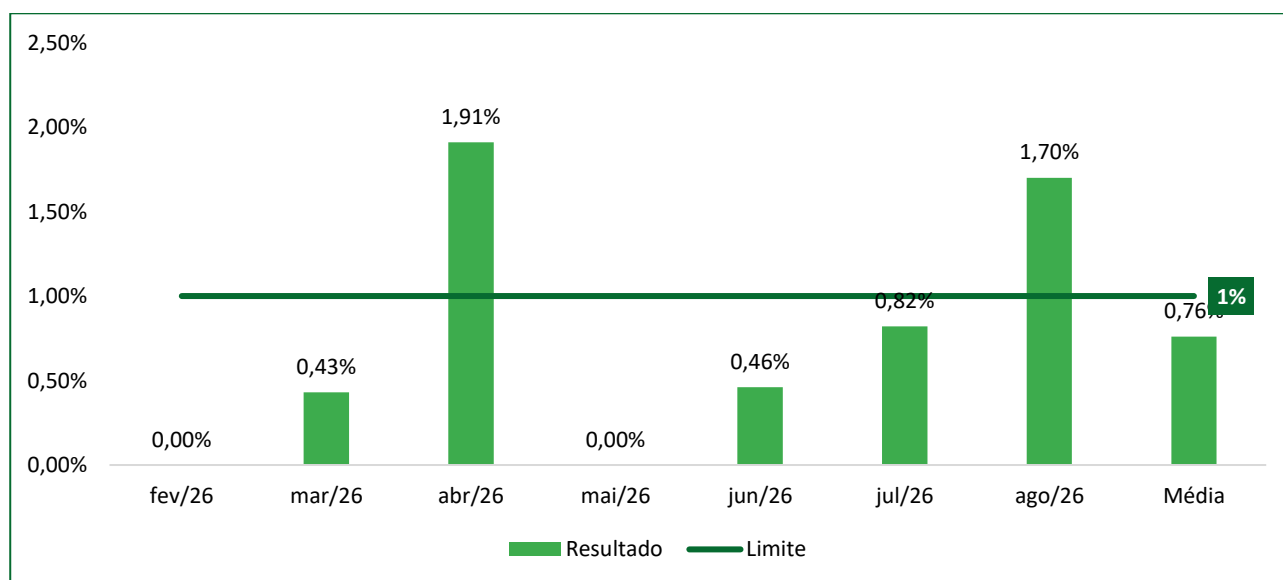
Em agosto de 2026, não foram confirmados casos de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Laboratorial Associada a Cateter Venoso Central (IPCSL-CVC). Considerando 257 CVC-dia, a densidade de incidência foi de 0,00 caso por 1.000 CVC-dia, permanecendo dentro da meta institucional estabelecida (<10/1.000 CVC-dia) e sendo classificada como satisfatória. O resultado representa melhora em relação a julho, quando foi registrado 1 caso, com densidade de incidência de 4,24 casos por 1.000 CVC-dia. Apesar da ausência de eventos em agosto, a exposição ao dispositivo permaneceu relevante, exigindo continuidade das medidas preventivas e do monitoramento assistencial. A prevenção de IPCSL-CVC depende da adesão sistemática aos bundles de inserção e manutenção do cateter. Entre as principais medidas estão a higiene das mãos, o uso de barreira máxima de precaução durante a inserção, a adequada antissepsia da pele, a seleção criteriosa do sítio de inserção, a manutenção do curativo limpo, seco e íntegro, a desinfecção dos conectores antes de cada acesso e a avaliação diária da necessidade de permanência do dispositivo.

Plano de ação — execução e acompanhamento pelo SCIH e coordenação assistencial até 05/10/2026:

- Manter auditorias observacionais de adesão aos bundles de inserção e manutenção do CVC, com registro dos achados e devolutiva às equipes.
- Reforçar a higiene das mãos, a desinfecção dos conectores, a manipulação asséptica do sistema e a manutenção da integridade dos curativos.
- Monitorar a qualidade dos registros relacionados à inserção, manutenção, avaliação diária e retirada do dispositivo.
- Incentivar a retirada imediata do CVC quando não houver mais indicação clínica.
- Acompanhar mensalmente a densidade de incidência, a utilização do dispositivo e a adesão às medidas preventivas.

O indicador apresentou desempenho satisfatório no período. A manutenção desse resultado depende da vigilância epidemiológica ativa, da padronização das práticas assistenciais e da adesão contínua às medidas de prevenção durante todas as etapas de utilização do CVC.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

Em agosto de 2026, foram confirmados 5 casos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) entre 294 procedimentos cirúrgicos monitorados, correspondendo a uma taxa de

1,70%. O resultado permaneceu acima da meta institucional estabelecida (<1%), sendo classificado como insatisfatório. Em comparação a julho, quando foram identificados 2 casos entre 255 procedimentos, com taxa de 0,78%, houve aumento de 150% no número absoluto de eventos e de aproximadamente 118% na taxa de ISC. Embora o número de procedimentos monitorados tenha aumentado 15,29%, a elevação proporcionalmente maior dos casos indica a necessidade de investigação individualizada e de análise estratificada por especialidade, tipo de procedimento e fatores de risco associados. Quatro casos foram identificados por meio da vigilância pós-alta realizada por contato telefônico. O quinto caso foi localizado em evolução médica registrada em 31/08/2026, após laparotomia exploradora com ileocelectomia direita estendida, com descrição de infecção da ferida operatória relacionada à região do dreno. Os eventos ocorreram predominantemente em procedimentos de Cirurgia Geral, com registros também nas especialidades ortopédica e obstétrica.

A identificação dos casos por diferentes fontes evidencia a importância da integração entre busca ativa durante a internação, análise dos prontuários e vigilância pós-alta, ampliando a sensibilidade da detecção das ISC. A investigação deve contemplar todas as etapas do cuidado perioperatório, incluindo antibioticoprofilaxia, preparo pré-operatório, antissepsia da pele, técnica cirúrgica, controle glicêmico, manutenção da normotermia, duração do procedimento, manejo de drenos e curativos, orientações fornecidas na alta e acompanhamento após o procedimento.

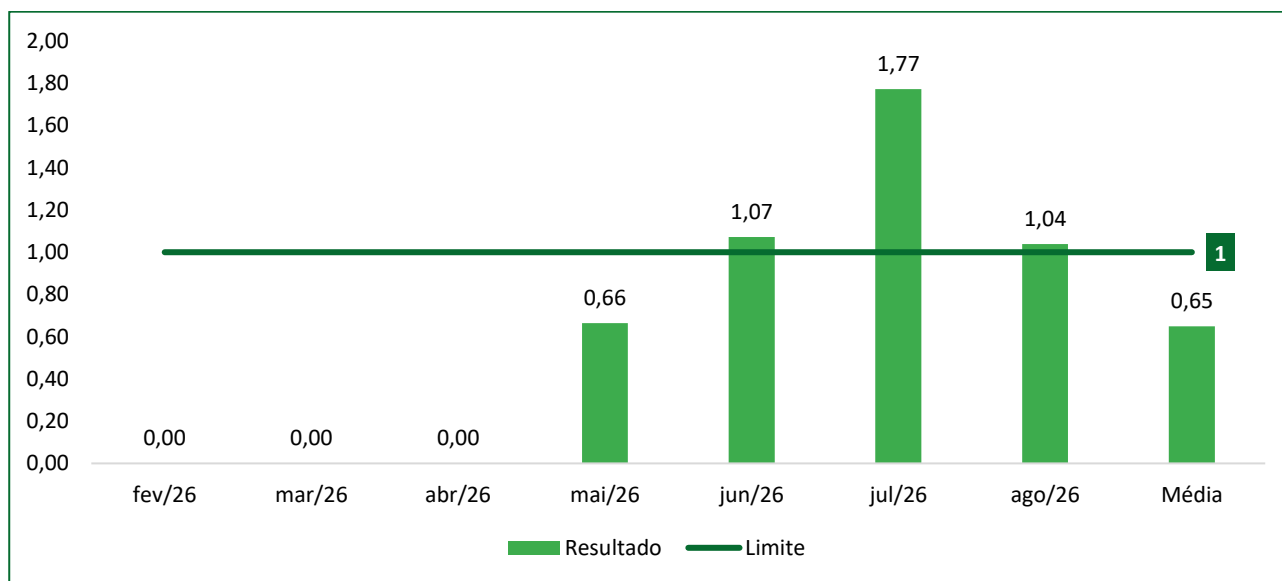
Plano de ação — execução e acompanhamento pelo SCIH e coordenação assistencial até 05/10/2026:

- Realizar investigação individualizada dos casos, com análise dos fatores de risco, classificação da infecção, especialidade e procedimento envolvido.
- Revisar a indicação, escolha do antimicrobiano, dose, horário de administração, necessidade de redose e duração da antibioticoprofilaxia.
- Auditar o preparo pré-operatório, a antissepsia da pele, a técnica asséptica, a manutenção da normotermia, o controle glicêmico, os cuidados com curativos e o manejo de drenos.

- Discutir os resultados com o Centro Cirúrgico, as especialidades envolvidas e a CCIH, estabelecendo responsabilidades, prazos e medidas corretivas.
- Manter a busca ativa durante a internação e a vigilância pós-alta por contato telefônico e outras fontes disponíveis, visando aumentar a sensibilidade da identificação dos eventos.
- Monitorar mensalmente a taxa de ISC, com estratificação por especialidade e tipo de procedimento, bem como a adesão às medidas preventivas.

O indicador apresentou desempenho insatisfatório no período. A concentração de eventos, especialmente em procedimentos de Cirurgia Geral, justifica intervenção multiprofissional, investigação direcionada e acompanhamento sistemático da efetividade das medidas implementadas.

Gráfico 39: Incidência de Quedas



Fonte: Coordenação Enfermagem (2026).

No que concerne ao Indicador de Quedas, referente ao período de agosto de 2026, foram registradas em prontuário 02 (duas) ocorrências institucionais. A distribuição dos casos ocorreu da seguinte forma: 01 (uma) na Internação Pediátrica e 01 (uma) na Clínica Médica. Devidamente notificadas, analisadas e acompanhadas pela equipe assistencial, em consonância com as diretrizes institucionais de Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Prevenção de Eventos Adversos. Destaca-se como

resultado assistencial relevante que 100% dos eventos evoluíram sem danos ao paciente, não sendo identificadas lesões, fraturas, traumatismos cranioencefálicos ou outras complicações clínicas decorrentes diretamente das ocorrências. Tal resultado evidencia a efetividade das barreiras de segurança implementadas, bem como a capacidade de resposta imediata das equipes diante de situações de risco. A ausência de danos associados às ocorrências demonstra importante componente de maturidade institucional na gestão preventiva e mitigatória dos riscos assistenciais. Embora a ocorrência de uma queda constitua evento que demanda investigação e intervenção, a inexistência de dano reforça que as barreiras assistenciais e estruturais existentes foram capazes de interromper ou reduzir a progressão do evento para consequências clínicas de maior gravidade.

Nesse contexto, destacam-se como elementos de proteção e mitigação de risco a utilização de leitos com grades elevadas quando clinicamente indicadas, dispositivos e barras de apoio, monitoramento assistencial contínuo, vigilância da equipe de enfermagem, avaliação do risco individualizado e adoção de medidas preventivas compatíveis com o grau de vulnerabilidade de cada paciente. Ainda, que a prevenção de quedas não se restringe à infraestrutura física, constituindo uma responsabilidade transversal e multiprofissional. A atuação da enfermagem, por meio da avaliação sistemática do risco, aplicação de escalas preditivas, implementação do plano de cuidados, orientação ao paciente e acompanhante, sinalização dos riscos e reavaliação periódica das condições clínicas, constitui importante barreira para a ocorrência e, sobretudo, para a gravidade dos eventos.

As ocorrências registradas devem ser analisadas à luz do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes assistidos, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos associados ao risco de queda, tais como idade, alterações neuromusculares, déficit de mobilidade, alterações do nível de consciência, condições pediátricas, fragilidade clínica, uso de determinados medicamentos, necessidade de dispositivos assistenciais e permanência hospitalar prolongada. Em determinados cenários, especialmente diante de pacientes de maior complexidade clínica e daqueles submetidos a períodos prolongados de permanência hospitalar em razão de processos regulatórios e disponibilidade de leitos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), observa-se maior exposição a fatores de risco, circunstância que exige vigilância contínua, reavaliação dinâmica e fortalecimento permanente das barreiras preventivas. Importante salientar

que a classificação do evento como “sem danos” não reduz sua relevância para a gestão da qualidade. Ao contrário, cada ocorrência constitui oportunidade concreta de aprendizado organizacional, permitindo identificar vulnerabilidades, revisar processos, fortalecer protocolos e aperfeiçoar as barreiras de segurança existentes.

Diante dos dados apresentados, registra-se que, no mês de agosto de 2026, embora tenham ocorrido 02 (dois) eventos de queda, não houve ocorrência de dano associado, resultado que deve ser reconhecido como indicador favorável da capacidade institucional de prevenção, detecção precoce, resposta e mitigação de riscos. O compromisso institucional permanece direcionado à redução contínua da incidência de quedas e, sobretudo, à prevenção de danos evitáveis, mediante fortalecimento da cultura de segurança, qualificação permanente das equipes, monitoramento dos indicadores, análise crítica das notificações e aperfeiçoamento sistemático dos processos de trabalho. Em uma perspectiva de melhoria contínua, compreende-se que cada evento é uma oportunidade de aprimorar a estrutura, o processo e o resultado do cuidado. Assim como em uma construção sólida, em que cada elemento possui função essencial para garantir a estabilidade do conjunto, a segurança do paciente se enobrece diariamente pela união entre conhecimento técnico, disciplina assistencial, vigilância, responsabilidade profissional e compromisso coletivo. Dessa forma, o indicador de agosto demonstra não apenas um resultado quantitativo, mas a consolidação progressiva de uma cultura institucional de segurança, na qual prevenir, reconhecer, agir e aprender constituem pilares indissociáveis da excelência do cuidado em saúde.

Plano de Ação: Fortalecimento da Prevenção de Quedas

Fase 1: Investigação e Aprendizado (Investigar o ocorrido)

Ação: Realizar a análise de causa das 2 ocorrências de agosto para mapear os fatores intrínsecos e extrínsecos específicos.

Onde: Internação Pediátrica e Clínica Médica.

Quem: Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) + Encarregados/Coordenadores das Unidades.

Prazo: Até 10 dias após a notificação.

Como: Reunião rápida de alinhamento com as equipes de turno envolvidas na notificação.

Fase 2: Gestão do Cuidado e Comunicação (Ações de Beira de Leito)

Ação 1: Engajamento de Acompanhantes e Pacientes (Foco Pediátrico e Clínica Médica)

O que fazer: Reforçar a orientação aos acompanhantes quanto ao uso de grades elevadas, solicitação de auxílio ao chamar a enfermagem para deambulação e riscos no banheiro.

Quem: Equipe Multiprofissional (no momento da admissão e a cada passagem de plantão).

Como: Entrega/orientação verbal rápida e fixação de placa ou pulseira de identificação de alto risco de queda visualmente clara à beira do leito.

Ação 2: Reavaliação Dinâmica da Escala de Risco

O que fazer: Reavaliar a Escala Preditiva de Risco de Queda (ex.: Morse ou Humpty Dumpty) a cada mudança de quadro clínico ou introdução de medicações sedativas/anti-hipertensivas, e não apenas uma vez ao dia.

Quem: Enfermeiros assistenciais.

Como: Registro obrigatório no prontuário/sistema em cada turno.

Fase 3: Infraestrutura e Ambiente (Barreiras Físicas)

Ação: Rondar e checar a funcionalidade de dispositivos de segurança (grades de leito, travamento de rodas, campainhas de chamada ao alcance do paciente e barras de apoio no banheiro).

Onde: Setores de Clínica Médica e Pediatria.

Quem: Equipe de Manutenção / Infraestrutura + Enfermagem.

Prazo: Contínuo.

Fase 4: Capacitação e Sensibilização (Cultura de Segurança)

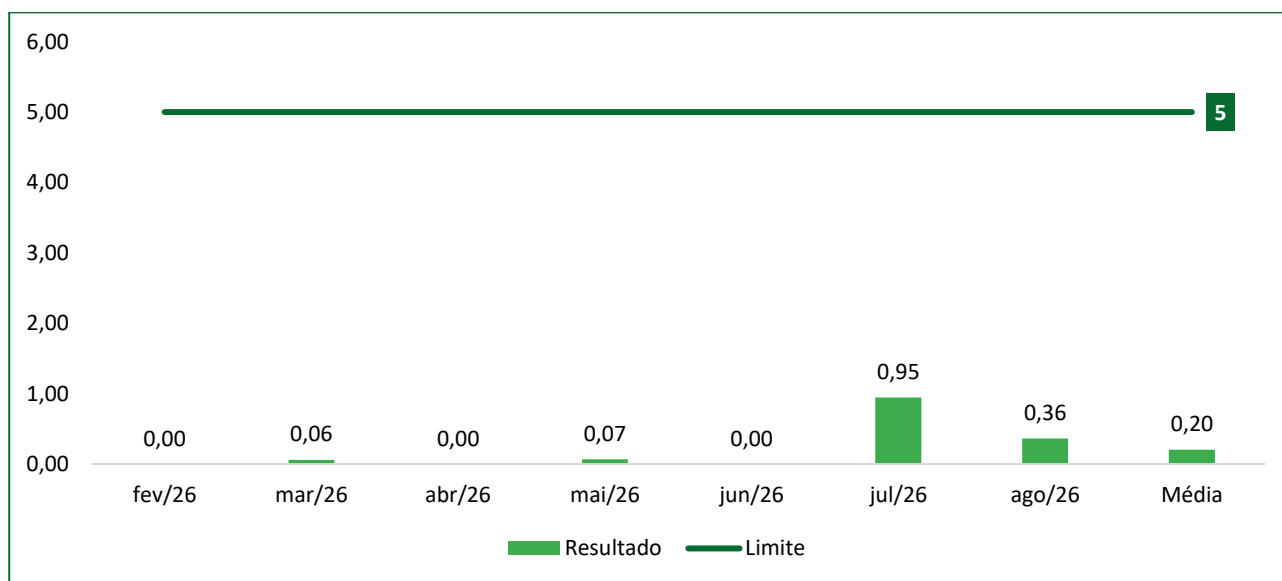
Ação: Realizar Minuto da Segurança ou capacitações relâmpago de 5 a 10 minutos nas passagens de plantão, abordando a vigilância de pacientes de longa permanência e a importância de responder prontamente à campainha.

Quem: Lideranças de Enfermagem.

Prazo: Próximos 30 dias.

Como: Abordagem prática repassando pontos críticos trazidos na análise de agosto (ex.: medicação x vulnerabilidade).

Gráfico 40: Incidência de Úlcera por pressão



Fonte: Coordenação Enfermagem (2026)

Esta análise tem por objetivo fundamentar, perante a administração e instâncias regulatórias, o panorama dos eventos assistenciais monitorados (Lesões por Pressão (LPP)). Guiados pelos princípios da equidade, prudência e exatidão, edificamos este parecer para assegurar a sólida proteção técnica e legal do ato gestor, balizados pelas diretrizes da Resolução da ANVISA e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Para uma justa apreciação dos indicadores do mês de agosto de 2026, torna-se imperativo examinar a natureza do perfil nosológico e epistemológico da população atendida no HMA e a sua inserção na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O HMA atua como ponto focal de média e alta complexidade, recebendo pacientes com elevada gravidade biológica, instabilidade hemodinâmica e policomorbidades sistêmicas. É de pleno conhecimento da literatura em saúde pública e vigilância epidemiológica que, em serviços integrados de atenção, a retenção de

pacientes com perfil crítico ou sob dependência de regulação estadual (Complexo Regulador Estadual/CLM) amplia substancialmente o tempo de permanência leito-dia.

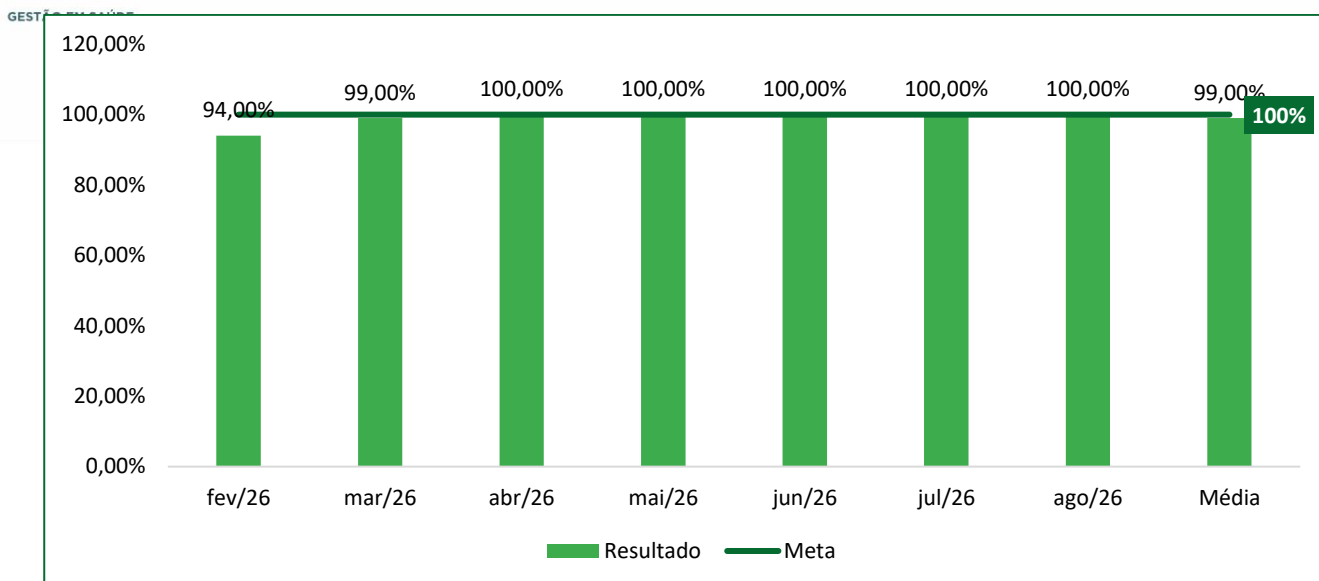
Nesse ecossistema assistencial, a ocorrência de episódios como lesões cutâneas e instabilidade motora constitui uma contingência estatisticamente previsível e inerente às condições de extrema vulnerabilidade/fragilidade funcional dessa população. As alterações microvasculares, a hipoperfusão sistêmica, o uso de drogas vasoativas e a senescência acentuada impõem limitações biofisiológicas severas, de modo que a manifestação de tais eventos, a despeito do fiel cumprimento dos protocolos institucionais de prevenção, insere-se na margem de previsibilidade técnica esperada para unidades assistenciais com este perfil de complexidade. No período de 01 a 31 de agosto de 2026, foram registrados 07 (sete) casos de Lesão por Pressão (LPP) em pacientes sob acompanhamento institucional. A distribuição dos casos ocorreu da seguinte forma: 05 (cinco) notificações na Unidade de Terapia Intensiva Geral, 01 (uma) na Clínica Cirúrgica e 01 (uma) na Clínica Médica. Não significando que as lesões ocorreram necessariamente nestes setores. Cumpre destacar que 100% dos casos foram submetidos à análise técnica pelo Serviço de Enfermagem, com classificação criteriosa quanto à origem da lesão (adquirida na comunidade ou relacionada à assistência), estadiamento conforme diretrizes vigentes e acompanhamento sistemático por equipe multiprofissional.

Todos os eventos foram devidamente notificados, investigados e conduzidos em conformidade com os protocolos institucionais de Segurança do Paciente e Prevenção de Lesões Cutâneas. Ressalta-se, com convicção técnica, que a implementação e o fortalecimento do Processo de Enfermagem, da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e da aplicação contínua de ferramentas preditivas, como a Escala de Braden, têm demonstrado efetividade na identificação precoce dos fatores de risco, na estratificação clínica dos pacientes e na adoção tempestiva de medidas preventivas e terapêuticas. As intervenções assistenciais foram executadas de maneira integral e baseada em evidências científicas, contemplando, entre outras medidas: Avaliação diária da integridade cutânea e reavaliação sistemática do risco. Mudança de decúbito em intervalos, individualizados conforme condição clínica. Utilização de superfícies especiais de redistribuição de pressão e dispositivos de alívio de proeminências ósseas. Manejo adequado da umidade, controle de fricção e cisalhamento. Terapia por coberturas especializadas, conforme avaliação do profissional enfermeiro.

Acompanhamento multiprofissional envolvendo enfermagem, equipe médica, fisioterapia e nutrição, visando à recuperação da integridade tissular e à prevenção de novas ocorrências. Importa consignar que todos os pacientes receberam assistência integral, contínua e humanizada, com registro em prontuário, evolução de enfermagem, plano terapêutico individualizado e aplicação das tecnologias de cuidado voltadas à preservação e recuperação da integridade tissular.

A Lesão por Pressão permanece como um indicador de qualidade assistencial especialmente em pacientes críticos e de alta complexidade. Nesse contexto, os resultados reforçam a necessidade da manutenção das estratégias de vigilância clínica permanente, educação continuada das equipes e monitoramento dos indicadores assistenciais, consolidando uma cultura institucional pautada na prevenção, na excelência do cuidado e na responsabilidade compartilhada da rede. Conforme evidenciado no alinhamento individual dos prontuários, a emergência ou agravamento de LPPs no período esteve estritamente associado a quadros de severa falência multissistêmica (ex.: DRC dialítica, patologias circulatórias, restrição severa ao leito por fraturas ortopédicas, abdome agudo entre outras). A literatura científica moderna (NPIAP/EPUAP) reconhece que, em doentes críticos com instabilidade hemodinâmica, a perfusão cutânea é sacrificada pela vasoconstrição compensatória, tornando a pele imensamente suscetível à anoxia tecidual, mesmo sob rigorosa mudança de decúbito e uso de superfícies de alívio de pressão. Portanto, os registros refletem a complexidade biológica do paciente e não a omissão dos cuidados de enfermagem ou de medicina, que foram integralmente prestados

Gráfico 41: Taxa de cumprimento do checklist de cirurgia segura



Fonte: Coordenação Centro Cirúrgico (2026)

No mês de agosto de 2026, foram realizados 354 procedimentos cirúrgicos, distribuídos da seguinte forma:

Centro Cirúrgico Geral – CCG: 292 procedimentos;

Centro Obstétrico – partos cesárea: 55 procedimentos;

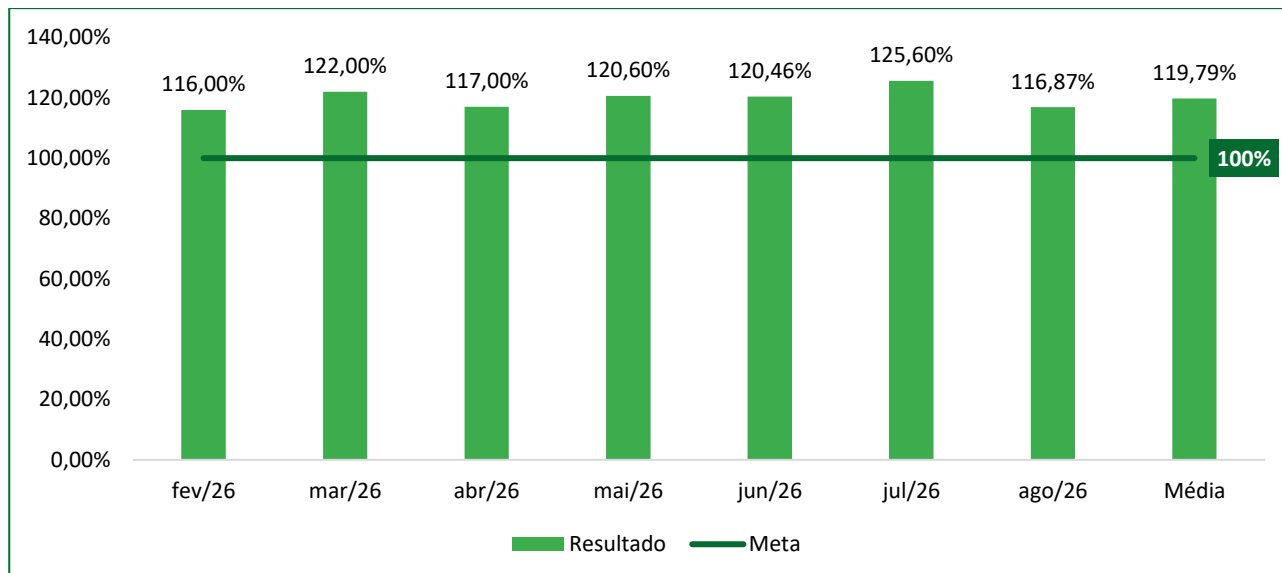
Procedimentos de Ginecologia/Obstetrícia realizados no Centro Obstétrico: 7 procedimentos.

Foram preenchidos 354 Checklists de Cirurgia Segura, correspondendo a 100% de adesão ao preenchimento do instrumento. O resultado do mês de agosto demonstra a manutenção da adesão integral ao preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura em todos os procedimentos realizados no Centro Cirúrgico Geral e no Centro Obstétrico.

A manutenção do índice de 100% evidencia a consolidação do checklist na rotina assistencial e o comprometimento das equipes com as práticas de segurança do paciente, especialmente no que se refere à identificação correta, confirmação do procedimento, lateralidade quando aplicável, conferência de materiais e equipamentos e comunicação entre os profissionais envolvidos no ato cirúrgico.

INDICADORES – RELAÇÃO COM A REDE

Gráfico 42: Disponibilização de 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial

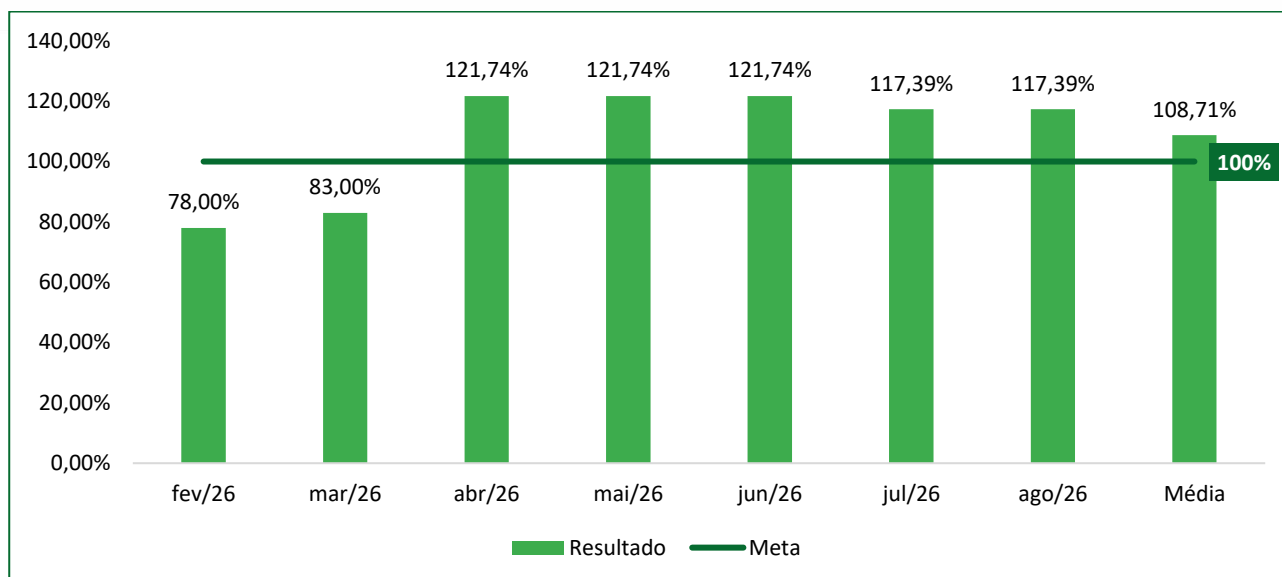


Fonte: SADT HMA (2026)

No período de 01 a 31 de agosto de 2026, foram disponibilizadas 4.108 vagas para a realização de exames SADT eletivos, correspondendo a 116,87% da meta pactuada no Contrato de Gestão, demonstrando oferta superior ao quantitativo estabelecido para a competência.

No período, foram realizados 3.091 exames referentes à competência atual e 463 exames de competências anteriores, totalizando 3.554 exames realizados. Permaneceram 984 exames faltantes da competência atual.

Gráfico 43: Disponibilização de 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial

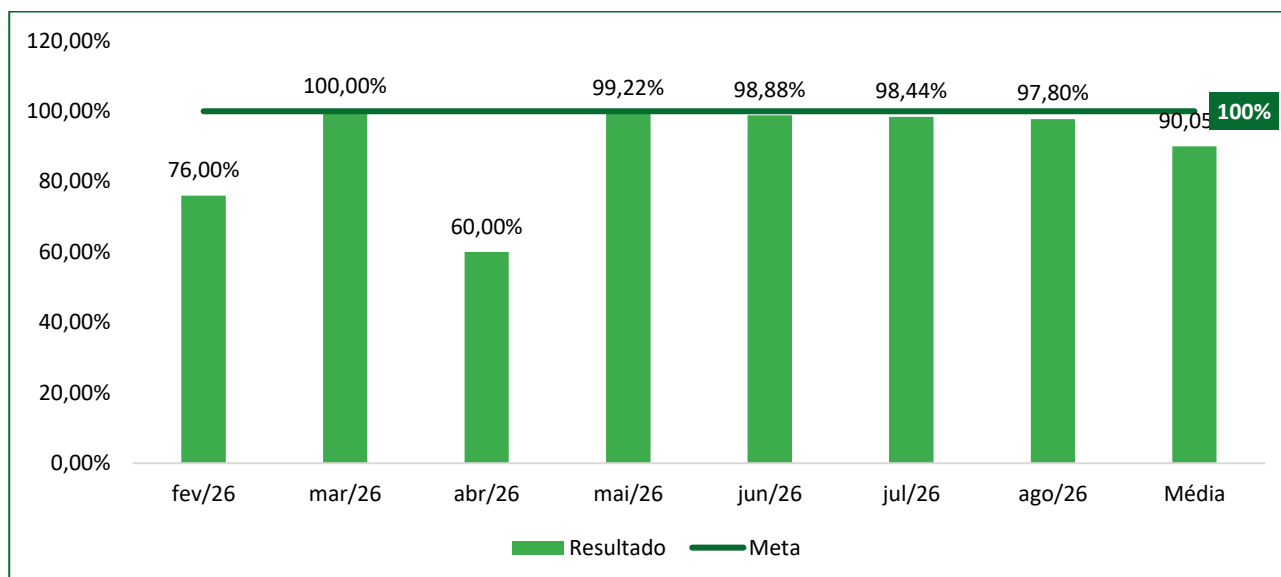


Fonte: SADT HMA (2026)

No período de 01 (primeiro) a 31 (trinta e um) de agosto de 2026, foram disponibilizadas 210 (duzentas e dez) primeiras consultas de Cardiologia para avaliação pré-sedação de exames diagnósticos eletivos e 60 (sessenta) consultas de Plano de Parto, totalizando 270 (duzentas e setenta) consultas ofertadas. O quantitativo corresponde a 117,39% (cento e dezessete vírgula trinta e nove por cento) da meta estabelecida no Contrato de Gestão, representando desempenho superior ao pactuado.

Na comparação com o período anterior, observa-se a manutenção do quantitativo de consultas ofertadas e do percentual de cumprimento da meta, evidenciando estabilidade na organização das agendas e regularidade na oferta dos serviços. O resultado demonstra a capacidade da unidade em manter a programação assistencial de forma contínua, assegurando oferta superior à prevista contratualmente e contribuindo para o atendimento da demanda assistencial.

Gráfico 44: Realizar 100% de confirmação sistema de informação utilizado pela SMSA



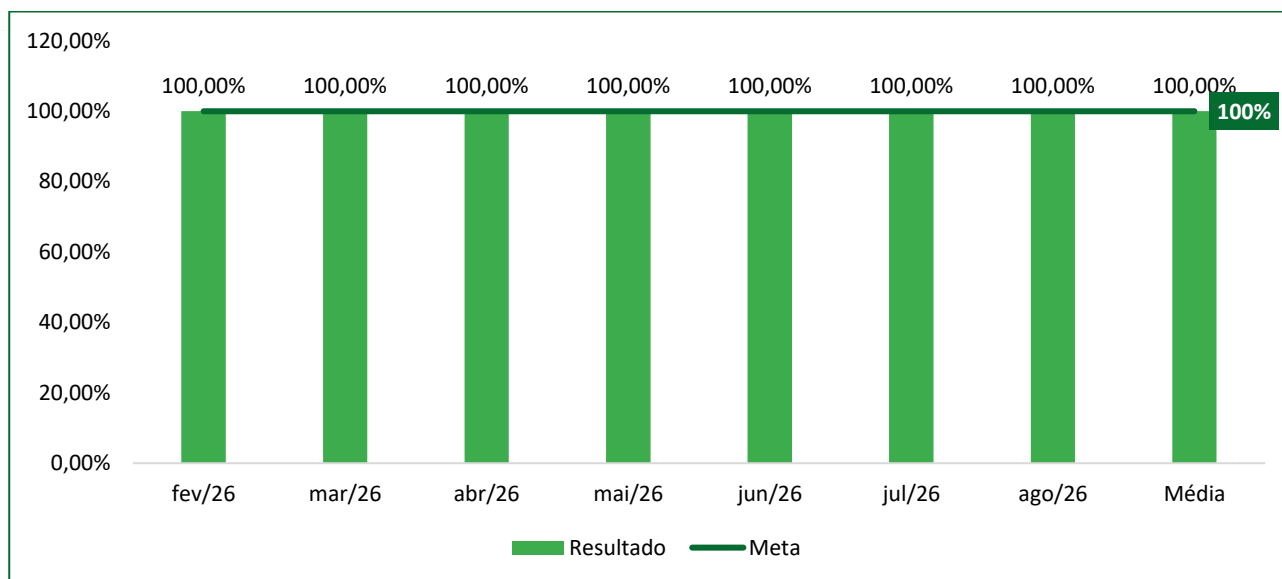
Fonte: SADT HMA (2026)

No período analisado, foram agendados 549 (quinhentos e quarenta e nove) atendimentos ambulatoriais, dos quais 384 (trezentos e oitenta e quatro) foram realizados, registrando-se 86 (oitenta e seis) ausências e 79 (setenta e nove) cancelamentos.

Em relação aos exames do SADT, foram agendados 4.098 (quatro mil e noventa e oito) procedimentos, dos quais 3.091 (três mil e noventa e um) foram realizados, registrando-se 984 (novecentos e oitenta e quatro) ausências e 23 (vinte e três) cancelamentos.

O Sistema IPM apresentou índice de 97,80% (noventa e sete vírgula oitenta por cento) de confirmações, demonstrando elevado desempenho no processo de confirmação dos atendimentos. As não conformidades observadas decorreram, predominantemente, dos cancelamentos registrados no período, não estando relacionadas a falhas no processo de confirmação realizado pela equipe.

Gráfico 45: Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência

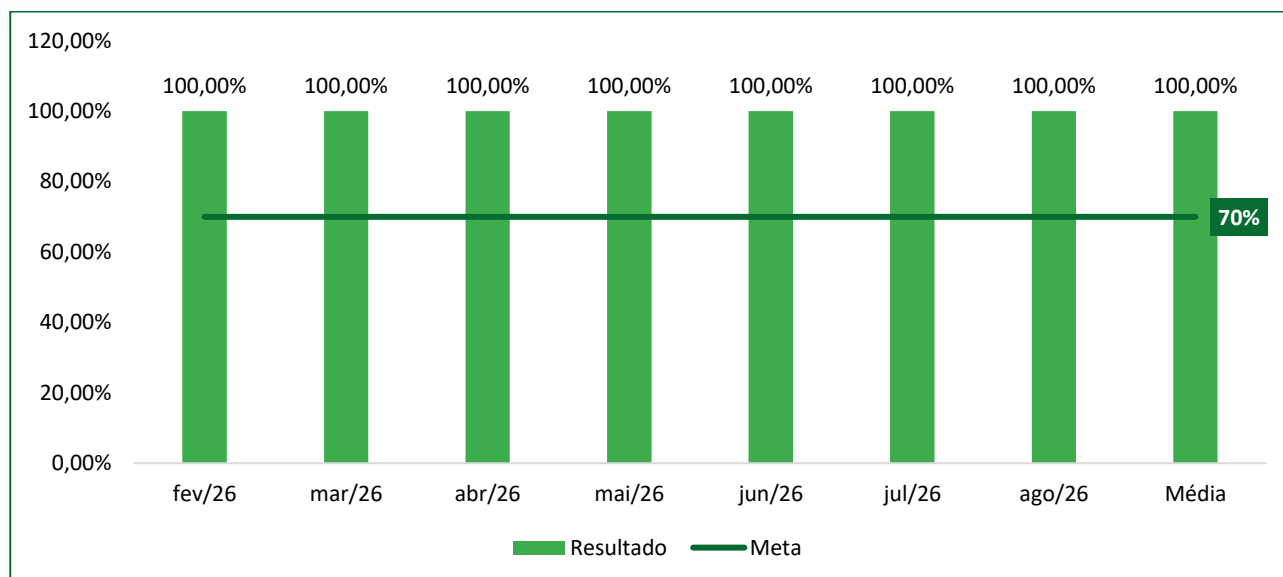


Fonte: Coordenação de Enfermagem (2026)

O envio do censo hospitalar ao Departamento de Urgência e Emergência, realizado quatro vezes ao dia, alcançou 100% de cumprimento. Esse resultado demonstra que todas as comunicações previstas foram efetuadas de acordo com a rotina estabelecida, assegurando a atualização regular das informações referentes à ocupação, disponibilidade e movimentação dos leitos hospitalares.

A regularidade e a pontualidade no envio desses dados fortalecem o planejamento e o gerenciamento do fluxo de pacientes, facilitam a organização das transferências e subsidiam a tomada de decisões pelas equipes assistenciais e gestoras. Dessa forma, o indicador contribui para maior integração entre os setores, agilidade na utilização dos leitos e segurança na continuidade da assistência hospitalar.

Gráfico 46: Realizar altas referenciadas com agendamento de no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas UBS

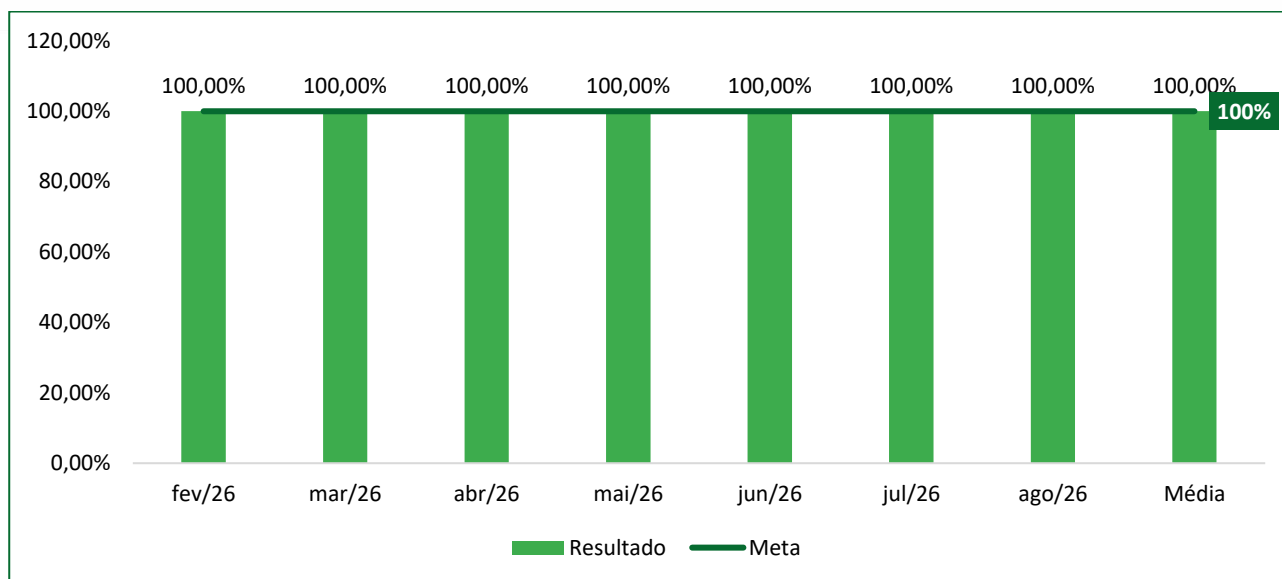


Fonte: SADT HMA (2026)

A taxa de alta referenciada atingiu 100% dos pacientes elegíveis, superando significativamente a meta estabelecida de 70%. O resultado demonstra que todos os pacientes que necessitavam de continuidade do cuidado receberam encaminhamento formal para acompanhamento na Atenção Primária à Saúde e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, conforme as necessidades identificadas no momento da alta.

O desempenho evidencia a efetividade da articulação entre a equipe hospitalar e a rede assistencial, favorecendo a continuidade do cuidado, o acompanhamento adequado após a alta e a redução do risco de desassistência. A manutenção desse resultado contribui para a segurança do paciente e para a integralidade da assistência, fortalecendo o processo de transição do cuidado entre os diferentes níveis de atenção.

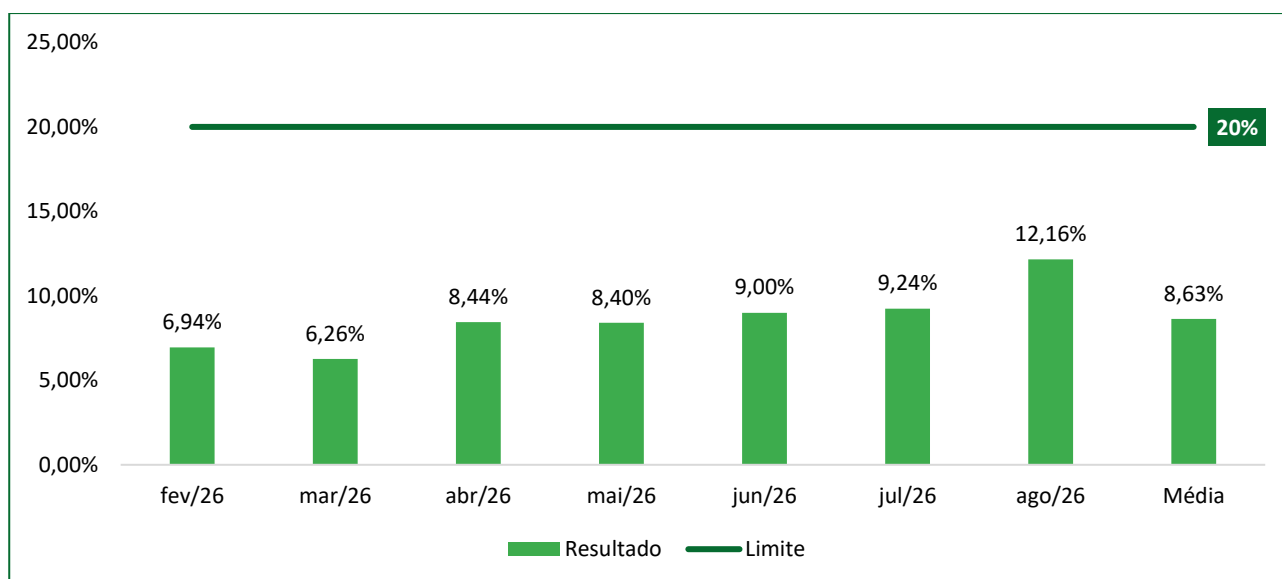
Gráfico 47: Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% das puérperas e dos RN egressos nas Unidades de Saúde



Fonte: Coordenação de Enfermagem (2026)

A taxa de alta referenciada do recém-nascido atingiu 100%, cumprindo integralmente a meta estabelecida de 100%. O resultado demonstra que todos os recém-nascidos receberam o encaminhamento necessário para acompanhamento após a alta hospitalar, conforme as necessidades identificadas.

Gráfico 48: Manter a Taxa de Readmissão Hospitalar em 30 dias para um percentual inferior a 20%,

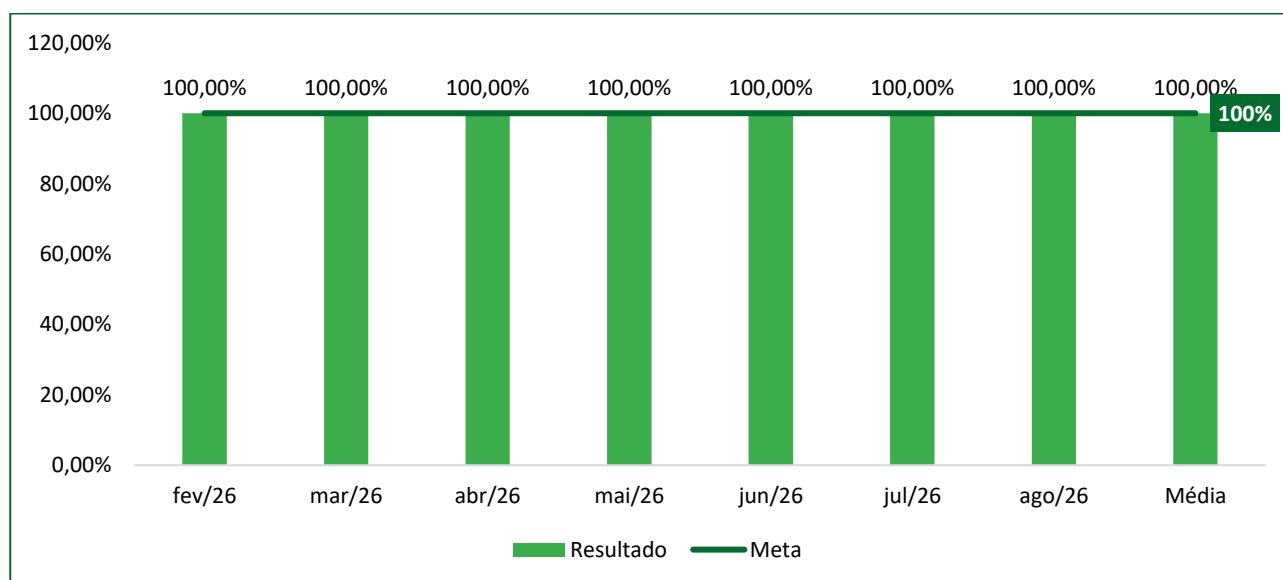


Fonte: Coordenação de Enfermagem (2026)

A taxa de readmissão hospitalar em até 30 dias foi de 12,16%, mantendo-se abaixo do limite estabelecido de 20%. No período, foram registradas 63 readmissões em um total de 518 internações, resultando no percentual apresentado. O indicador permaneceu 7,84 pontos percentuais abaixo do limite contratual, demonstrando resultado favorável.

INDICADORES – GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

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



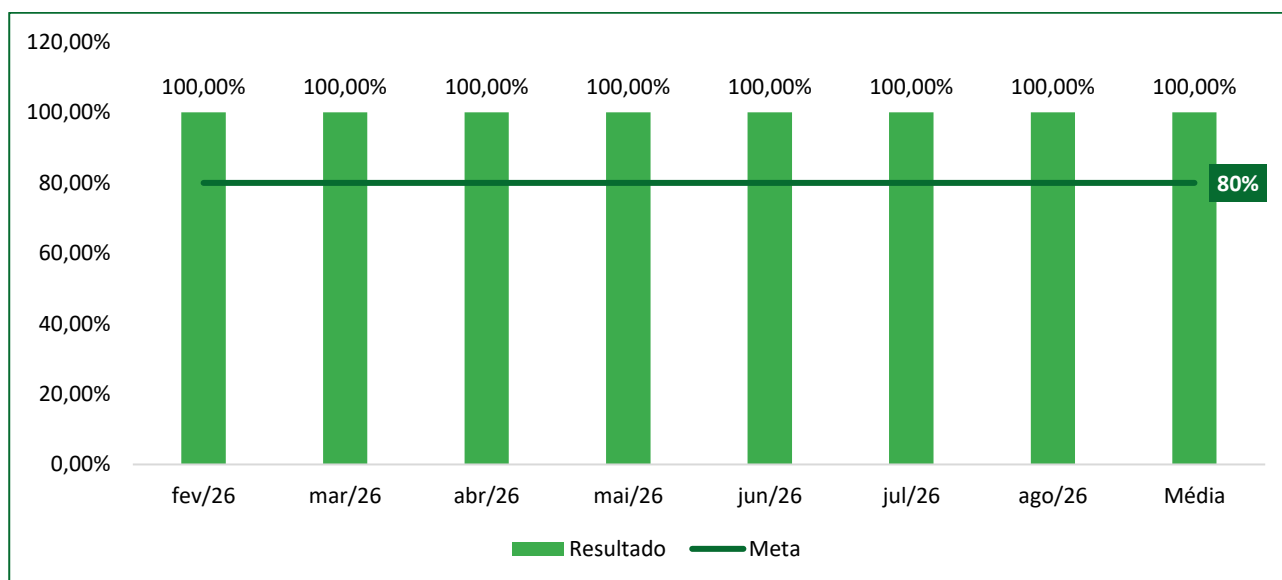
Fonte: Faturamento HMA (2026)

No mês de Agosto de 2026, foram apresentadas 650 (seiscentos e cinquenta) AIHs para um total de 636 (seiscentos e trinta e seis) saídas hospitalares. A diferença entre os números se deve aos seguintes fatores:

- Incorporadas 21 (vinte e um) AIHs decorrentes de desdobramentos por reoperações ou mudanças de procedimento;
- Subtraídas 9 (nove) AIHs com duração inferior a 72 (setenta e duas) horas, referentes ao mesmo diagnóstico, conforme critérios de faturamento;
- Incorporadas 2 (duas) AIHs decorrentes de fechamento administrativo conforme critérios de faturamento

→ Vale ressaltar que o comprovante de transmissão da produção de AIH aprovada somente é disponibilizado pelo NAS (Núcleo de Auditoria em Saúde) no vigésimo dia do mês subsequente.

Gráfico 50: Garantir respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia.



Fonte: Ouvidoria HMA (2026)

No mês de agosto de 2026, a Ouvidoria registrou 22 manifestações, sendo 14 recebidas por meio do sistema AtendeNet e 8 provenientes de atendimentos presenciais.

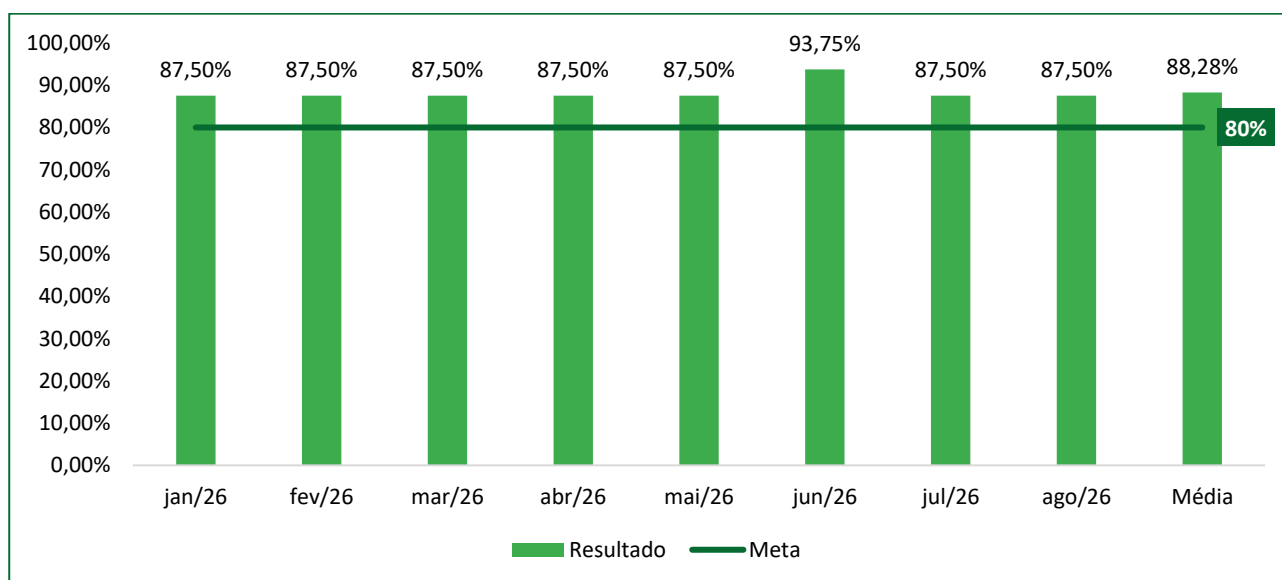
A análise das manifestações evidencia que os principais apontamentos estiveram relacionados à conduta médica, ao tempo de espera para atendimento médico PAI, à conduta da equipe de enfermagem e às demandas referentes ao agendamento de procedimentos cirúrgico Ortopedia. Esses registros demonstram a necessidade de monitoramento contínuo dos processos assistenciais e administrativos, visando ao aperfeiçoamento dos fluxos de atendimento, à qualificação da assistência e ao fortalecimento da comunicação com os usuários.

Todas as manifestações foram acolhidas, avaliadas e encaminhadas aos setores competentes para análise, apuração dos fatos e adoção das medidas pertinentes. A Ouvidoria realizou o acompanhamento das tratativas junto às equipes responsáveis, sempre que necessário, contribuindo para a busca de soluções e para o aprimoramento

contínuo dos serviços prestados. A atuação da Ouvidoria mantém-se como importante ferramenta estratégica de gestão, permitindo identificar fragilidades, acompanhar indicadores de qualidade, reconhecer oportunidades de melhoria e subsidiar a implementação de ações voltadas ao aprimoramento da assistência, ao fortalecimento da transparência institucional e à consolidação da cultura de melhoria contínua.

Reitera-se o compromisso da instituição com a humanização do atendimento, a escuta qualificada e o acolhimento dos usuários, incentivando a adoção de medidas preventivas e corretivas que contribuam para a redução de recorrências, o aperfeiçoamento dos processos assistenciais e administrativos e o aumento da satisfação dos pacientes e seus familiares.

Gráfico 51: Garantir a efetividade das Comissões e Comitês



Fonte: Setor de Qualidade HMA (2026)

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

Atualmente, o Hospital Municipal de Araucária conta com 17 (dezessete) comissões e núcleos institucionalizados, sendo eles: Comissão de Controle de Infecção

Hospitalar (CCIH), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), Núcleo de Educação Permanente (NEP), Comissão de Farmácia, Terapêutica e Padronização de Insumos, Medicamentos, Saneantes e Novas Tecnologias (CFTP), Comissão de Gerenciamento de Resíduos (GR), Comissão de Cuidados Paliativos, Comissão de Proteção Radiológica, Comissão de Humanização, Comissão de Epidemiologia, Comissão de Revisão de Prontuários, Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), Comitê Transfusional, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Núcleo Interno de Regulação (NIR), Comissão de Óbito Adulto, Comissão de Óbito Materno, Infantil e Neonatal e Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN).

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

No período avaliado, as reuniões das comissões e núcleos ocorreram conforme o cronograma previamente estabelecido, respeitando-se o quórum necessário para sua realização e deliberação. Esse aspecto demonstra maior organização e regularidade das instâncias colegiadas, favorecendo a continuidade das discussões, o acompanhamento dos planos de ação, a análise de indicadores, a avaliação de não conformidades e riscos e a definição de medidas de melhoria.

No que se refere à Comissão de Ética Médica, oficialmente instituída em 08 de junho de 2026, sua implantação representa importante avanço para o fortalecimento da governança clínica, da ética profissional e da qualidade das relações médico-institucionais. Durante o período, entretanto, não foi possível avançar integralmente com a operacionalização das atividades da comissão em razão de adequações solicitadas pelo Conselho Regional de Medicina (CRM). A instituição permanece conduzindo as providências necessárias para atendimento às exigências do órgão de classe. Como parte desse processo de estruturação, encontra-se em fase de finalização, junto à

Diretoria Técnica, a elaboração do Regimento Interno do Corpo Clínico. O referido documento constitui instrumento indispensável para a organização e formalização das relações, atribuições, responsabilidades, direitos e deveres dos profissionais que integram o corpo clínico, bem como para o estabelecimento das bases necessárias à continuidade e ao adequado desenvolvimento das ações relacionadas à Comissão de Ética Médica. A finalização do Regimento Interno do Corpo Clínico constitui, portanto, etapa relevante para o fortalecimento da governança médica e para a consolidação das estruturas institucionais relacionadas à ética profissional. Após sua conclusão e demais adequações necessárias, a expectativa é de avanço na plena operacionalização da Comissão de Ética Médica, com definição mais clara dos fluxos, responsabilidades e mecanismos de atuação.

Sob a ótica da qualidade, a regularização dessa etapa é considerada estratégica, uma vez que contribui para conferir maior segurança institucional às ações da comissão, estabelecendo parâmetros formais para sua atuação e fortalecendo a integração entre a Diretoria Técnica, o corpo clínico e as instâncias de governança institucional.

Em relação à Comissão de Ética de Enfermagem, observa-se avanço no processo de constituição institucional, especialmente a partir da liberação do documento oficial referente à Responsabilidade Técnica de Enfermagem. A regularização da Responsabilidade Técnica representa etapa fundamental para a organização formal do Serviço de Enfermagem perante o Conselho Regional de Enfermagem, contribuindo para a definição das responsabilidades técnicas e para o fortalecimento da governança profissional. Com a liberação do documento oficial de Responsabilidade Técnica da Enfermagem, o processo de constituição da Comissão de Ética de Enfermagem encontra-se em andamento, atualmente na etapa de divulgação da comissão e mobilização dos profissionais de enfermagem interessados em apresentar candidatura para composição da referida instância. Essa etapa possui relevância estratégica, pois busca ampliar a participação dos profissionais no processo de constituição da comissão, garantindo maior transparência, representatividade e legitimidade à futura composição. Após a etapa de divulgação e candidaturas, deverão ser conduzidas as demais etapas previstas nas normativas do Sistema COFEN/COREN, visando à formalização da comissão e ao início de suas atividades.

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

e preventivas, orientação dos profissionais quanto aos princípios éticos, análise de situações relacionadas ao exercício profissional e promoção de uma cultura institucional pautada na responsabilidade, ética, segurança do paciente e qualidade da assistência. Sob a perspectiva da gestão da qualidade, o avanço desse processo demonstra o fortalecimento progressivo das estruturas de governança profissional da instituição. A formalização da Comissão de Ética de Enfermagem, associada à Comissão de Ética Médica, contribuirá para ampliar os mecanismos institucionais de promoção da ética, responsabilidade profissional e qualificação das práticas assistenciais.

De maneira geral, o acompanhamento realizado no mês de agosto de 2026 demonstra evolução na organização e no funcionamento das comissões e núcleos institucionais. A manutenção das reuniões conforme cronograma previamente estabelecido, associada ao respeito ao quórum necessário para sua realização, evidencia maior regularidade e organização das instâncias colegiadas.

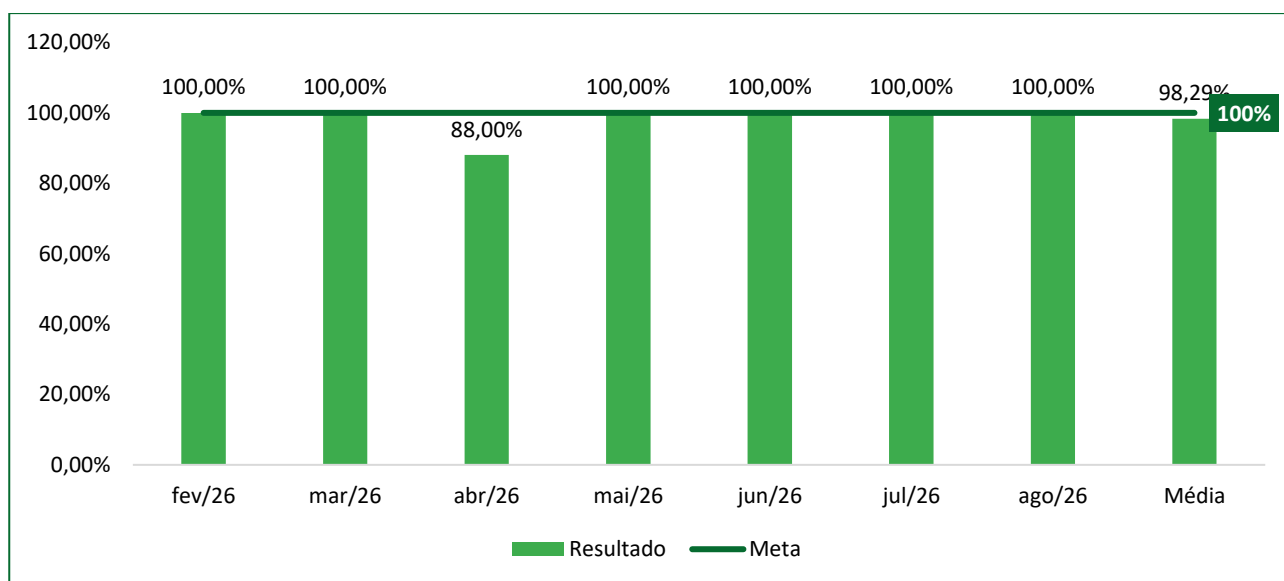
Paralelamente, o avanço na estruturação das instâncias de ética profissional também representa aspecto relevante da evolução da governança institucional.

Dessa forma, verifica-se que as comissões e núcleos institucionais vêm progressivamente se consolidando não apenas como estruturas destinadas ao atendimento de requisitos legais e contratuais, mas como instrumentos de governança e apoio à tomada de decisão. A evolução observada reforça a necessidade de manutenção do acompanhamento sistemático, com foco não somente na realização das reuniões, mas principalmente na efetividade das deliberações, no cumprimento dos planos de ação, na análise dos resultados e na demonstração de melhorias decorrentes da atuação de cada instância.

Como direcionamento para os próximos ciclos de acompanhamento, daremos continuidade ao monitoramento da regularidade das reuniões, do quórum, dos encaminhamentos e respectivos prazos, bem como o fortalecimento da avaliação da efetividade das ações deliberadas. Continuaremos ainda as ações necessárias à plena operacionalização da Comissão de Ética Médica e o acompanhamento das etapas para constituição da Comissão de Ética de Enfermagem. Assim, a instituição demonstra trajetória de fortalecimento da maturidade de suas instâncias colegiadas, com progressiva ampliação da participação dos profissionais, maior capacidade de mobilização, atuação preventiva e resolutiva e fortalecimento dos mecanismos de

governança. Esse processo contribui diretamente para a consolidação de uma cultura organizacional orientada à qualidade, à segurança do paciente, à gestão de riscos, à ética profissional e à melhoria contínua.

Gráfico 52: Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional



Fonte: Sistema Tasy (2026)

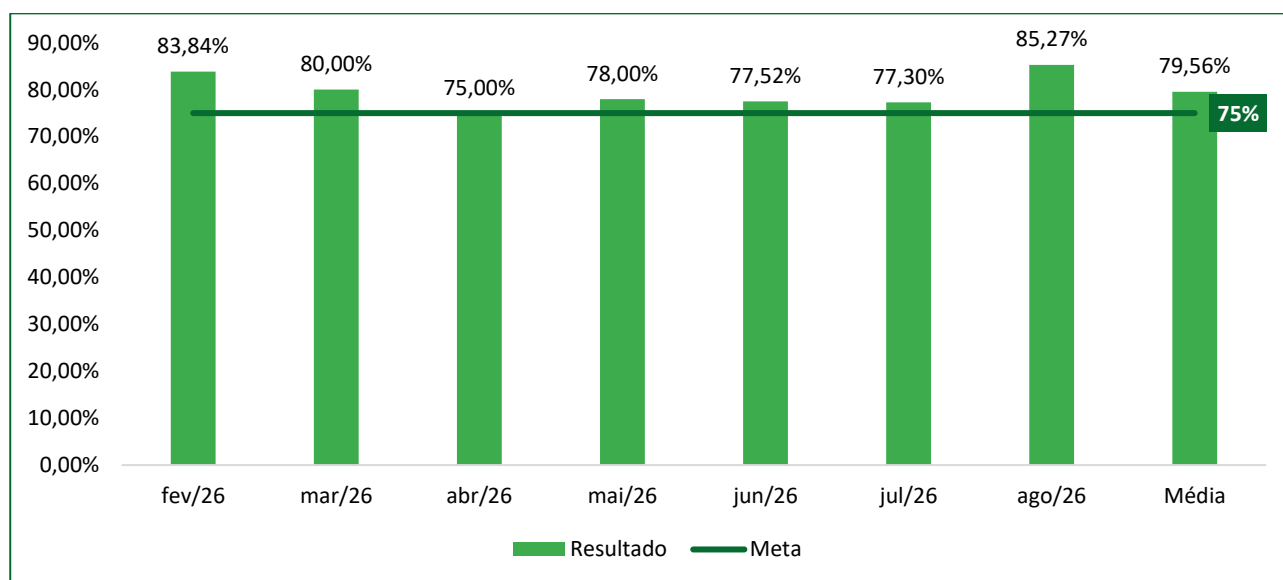
No mês de agosto, o indicador alcançou 100% da meta prevista, demonstrando o cumprimento integral dos requisitos estabelecidos no Termo de Referência. O resultado evidencia a manutenção do comprometimento das equipes assistenciais com a qualidade dos registros e com o cumprimento das práticas relacionadas à segurança do paciente, especialmente quanto à identificação correta à beira-leito e ao registro adequado dos atendimentos realizados.

A avaliação dos processos assistenciais permaneceu como estratégia importante para a manutenção do desempenho alcançado. Durante as verificações, foram identificadas ocorrências pontuais relacionadas à checagem de prescrições e à complementação das evoluções multiprofissionais. Embora não tenham impactado o cumprimento da meta, esses aspectos permanecem como pontos de acompanhamento e requerem reforço contínuo junto às equipes, visando à padronização dos registros e à redução de inconsistências.

Também permanece em análise o aprimoramento da ferramenta tecnológica utilizada para os registros assistenciais. A incorporação de formulários que ainda são preenchidos ou encaminhados manualmente poderá tornar o processo mais ágil, melhorar a rastreabilidade das informações e minimizar possíveis falhas operacionais.

Ao longo de agosto, foram realizadas orientações e capacitações direcionadas às equipes, com ênfase na responsabilidade legal dos registros, na conferência das condutas prescritas e na necessidade de manter as informações do prontuário completas, claras e atualizadas. Essas ações contribuíram para reforçar a importância dos registros como instrumentos de comunicação, continuidade do cuidado e segurança assistencial.

Gráfico 53: Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente maior que 75%.



Fonte: NEP (2026)

No mês de agosto de 2026, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) manteve as ações voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente, priorizando temas relacionados às Metas Internacionais de Segurança do Paciente e às necessidades identificadas nos processos institucionais.

No período, foram realizados 19 treinamentos institucionais, distribuídos entre:

- 04 treinamentos relacionados às Metas de Segurança do Paciente;
- 12 treinamentos relacionados às Práticas e Protocolos Assistenciais;

- 03 treinamentos relacionados à Gestão, Sistemas/Processos Institucionais e outros temas.

Além desses, foram realizadas 05 ações educativas complementares, que não compõem a base de cálculo deste indicador, distribuídas entre eventos, orientações, ações relacionadas a resultados de indicadores e integração de novos colaboradores.

As ações foram conduzidas de forma descentralizada, utilizando estratégias presenciais e, pontualmente, in loco, contemplando diferentes setores e turnos, inclusive períodos diurno e noturno, com o objetivo de ampliar o acesso dos profissionais às capacitações.

Treinamentos relacionados às Metas de Segurança do Paciente

TEMA	PÚBLICO-ALVO	PARTICIPAÇÕES
Farmacovigilância e Tecnovigilância		Profissionais envolvidos no processo
21		
Meta 2 – Comunicação Efetiva e Segura		Colaboradores – treinamento in loco
220		
Notificação de Não Conformidades		Colaboradores – treinamento in loco
157		
Checagem e Administração Segura de Medicamentos		Equipe de Enfermagem
36		
Total de participações		434

Para a composição do indicador, foi considerado o público geral atuante na instituição, totalizando 509 colaboradores.

Aplicando-se o cálculo:

$$(434 \div 509) \times 100 = 85,26\%$$

O resultado alcançado foi de 85,26%, superando a meta contratual mínima estabelecida de $\geq 75\%$.

Análise Qualitativa e Desempenho do Indicador

O resultado demonstra desempenho positivo das ações educativas relacionadas à Segurança do Paciente, com superação da meta contratual estabelecida.

Destaca-se a realização de capacitações de forma descentralizada, incluindo ações in loco, utilizadas como estratégia para aproximar os conteúdos dos profissionais e reduzir barreiras relacionadas à liberação e ao deslocamento das equipes.

A Meta 2 – Comunicação Efetiva e Segura, conduzida pelo NEP, alcançou 220 participações, sendo realizada em 14 turmas, contemplando diferentes dias e os períodos diurno e noturno.

O treinamento Notificação de Não Conformidades, conduzido pelo NQSP, registrou 157 participações, distribuídas em 12 turmas, também contemplando diferentes turnos.

Somaram-se ao resultado os treinamentos de Farmacovigilância e Tecnovigilância, com 21 participações, e Checagem e Administração Segura de Medicamentos, com 36 participações.

Do total de 434 participações, o treinamento conduzido pelo NEP representou 43,22% da base de colaboradores, enquanto a ação conduzida pelo NQSP correspondeu a 30,84%. Os demais treinamentos contribuíram com 11,20%, totalizando os 85,26% alcançados no indicador.

Aspectos Críticos Identificados e Corresponsabilização

Embora o resultado global seja satisfatório, a análise dos registros demonstra que a cobertura ainda não ocorre de forma homogênea entre os colaboradores. Permanecem profissionais com múltiplas participações, enquanto outros apresentam pouca ou nenhuma participação nas capacitações.

O NEP e o NQSP têm ampliado os esforços para favorecer a adesão, inclusive com a realização pontual de treinamentos in loco, estratégia que pode ser utilizada em situações específicas para facilitar o acesso dos profissionais. Entretanto, considerando a estrutura reduzida das áreas responsáveis — NEP constituído por um único profissional e NQSP por uma enfermeira e uma técnica —, a realização sistemática de treinamentos em todos os setores e turnos representa elevada demanda operacional e não se mostra sustentável.

Mesmo com ações presenciais e in loco, foram identificados setores nos quais a participação não ocorreu em razão da demanda assistencial e das particularidades da rotina de trabalho. Nesses casos, a impossibilidade de participação não deve resultar em uma lacuna de capacitação.

Cabe às lideranças assumir papel ativo nesse processo, participando das capacitações pertinentes às suas equipes e, quando houver impossibilidade de participação de algum colaborador por necessidade do serviço, assegurar a posterior replicação do conteúdo, utilizando os materiais e orientações disponibilizados pelo NEP, NQSP ou área responsável.

Assim, o in loco realizado pelas próprias lideranças junto às suas equipes constitui estratégia importante para garantir a continuidade da capacitação, uma vez que os gestores estão inseridos na rotina dos setores e possuem melhores condições para organizar a participação, acompanhar ausências e replicar os conteúdos.

A participação nas ações educativas deve ser compreendida como parte do processo de qualificação profissional, segurança do paciente, qualidade assistencial e cumprimento dos compromissos institucionais, incluindo os indicadores previstos contratualmente e requisitos relacionados aos órgãos competentes, como Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, conforme aplicabilidade.

Aspecto Estrutural Relevante

O resultado de setembro evidencia a capacidade institucional de superar a meta por meio da articulação entre NEP, NQSP e lideranças. Entretanto, a sustentabilidade desse resultado depende da consolidação de uma rede de corresponsabilidade educativa.

Cabe ao NEP estruturar, organizar e monitorar as ações educativas; ao NQSP e às demais áreas técnicas contribuir com os conteúdos de sua competência; às lideranças compete mobilizar, liberar, acompanhar e controlar a participação de suas equipes; e aos colaboradores cabe assumir responsabilidade pela própria qualificação.

O treinamento in loco realizado pelo NEP deve ocorrer de forma estratégica e pontual, quando necessário. Já a replicação de conteúdos junto às equipes deve ser incorporada à rotina das próprias lideranças, especialmente quando a demanda do setor impedir a participação do colaborador na capacitação programada.

Essa organização permite preservar a capacidade operacional do NEP para suas demais atribuições — planejamento, desenvolvimento, registros, monitoramento, análise de indicadores e acompanhamento das ações educativas — sem comprometer a abrangência da capacitação institucional.

Pontos de Atenção para Melhoria

- Fortalecer a corresponsabilização das lideranças pelo acompanhamento nominal da participação de suas equipes;
- Garantir a participação das lideranças nos treinamentos pertinentes, possibilitando a replicação dos conteúdos aos profissionais que, por necessidade do serviço, não puderam participar;
- Estabelecer o acompanhamento das ausências, diferenciando situações decorrentes de demanda assistencial de faltas sem justificativa;
- Fortalecer a realização de ações in loco pelas próprias lideranças junto às suas equipes, utilizando os conteúdos e materiais disponibilizados pelo NEP;
- Reservar a atuação in loco direta do NEP para situações estratégicas e pontuais, considerando a estrutura reduzida dessa área e a necessidade de preservar tempo para suas demais atribuições;
- Monitorar a distribuição das participações, buscando reduzir a concentração de capacitações nos mesmos profissionais e ampliar a cobertura nominal;
- Fortalecer a compreensão de que a Educação Permanente é ferramenta de qualificação, segurança e melhoria da assistência, além de integrar os compromissos institucionais, indicadores contratuais e requisitos de órgãos reguladores e fiscalizadores;
- Consolidar a participação das lideranças como parte efetiva do processo educativo, fortalecendo uma cultura em que capacitar, acompanhar e garantir a aplicação do conhecimento sejam responsabilidades compartilhadas.

Conclusão

O indicador de Metas de Segurança do Paciente alcançou 85,26% em agosto de 2026, superando a meta contratual mínima de 75% e demonstrando resultado positivo das ações educativas realizadas no período.

O desempenho foi favorecido pela atuação do NEP e NQSP, especialmente pela realização de ações descentralizadas e treinamentos in loco em diferentes setores e turnos. O treinamento conduzido pelo NEP representou 43,22% da base de colaboradores, enquanto o NQSP contribuiu com 30,84%, além dos demais treinamentos que completaram o resultado.

Apesar do atingimento da meta, permanece como principal desafio a homogeneização da cobertura nominal, uma vez que ainda existem profissionais com múltiplas participações e outros sem registros de capacitação.

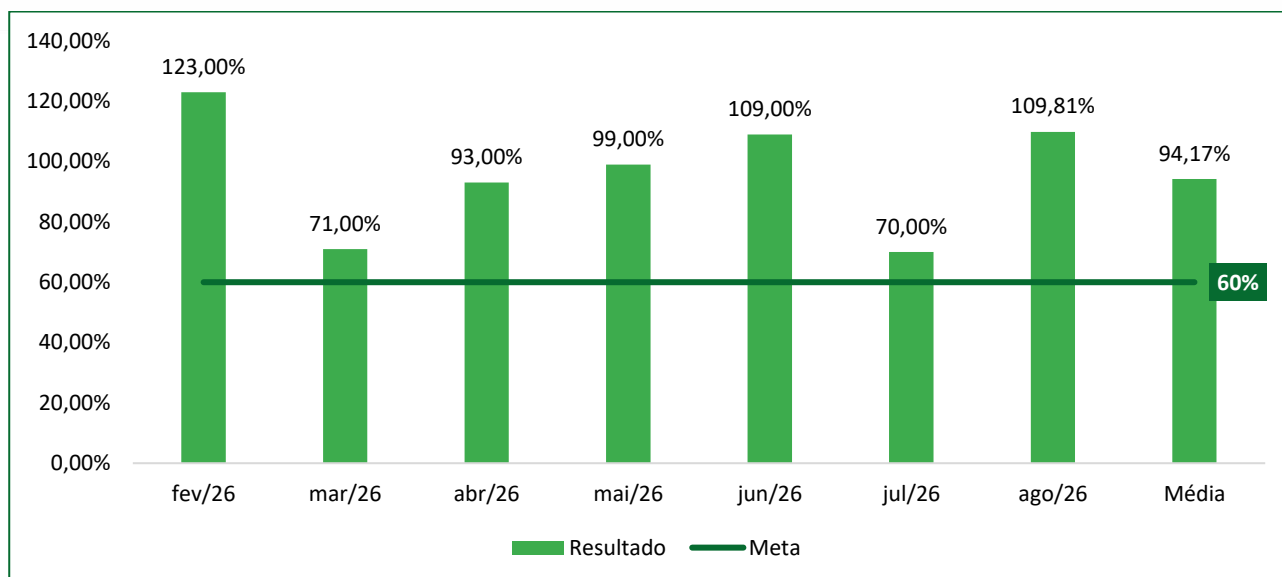
O NEP continuará apoiando e estruturando as ações educativas, podendo realizar treinamentos in loco de forma pontual quando necessário. Contudo, a sustentabilidade do processo depende da corresponsabilização das lideranças, que devem assumir papel ativo na participação, acompanhamento e replicação das capacitações junto às suas equipes.

Quando a demanda do setor impedir a participação direta do colaborador, cabe à liderança garantir que o conteúdo seja posteriormente disponibilizado e compreendido pelo profissional, evitando que a necessidade do serviço resulte em ausência de capacitação.

Dessa forma, o avanço esperado para os próximos períodos não está apenas na ampliação da oferta de treinamentos, mas na consolidação de uma cultura institucional de corresponsabilidade, na qual o NEP e as áreas técnicas estruturam e apoiam o processo, as lideranças garantem sua efetividade junto às equipes e cada profissional assume compromisso com sua qualificação.

Mais do que superar a meta, o objetivo é garantir que o conhecimento necessário para uma assistência segura e de qualidade chegue efetivamente a todos os profissionais que dele necessitam.

Gráfico 54: Índice de Atualização Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%



Fonte: NEP (2026)

No mês de agosto de 2026, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) manteve o direcionamento das ações educativas para o aprimoramento técnico das equipes, a padronização dos processos assistenciais e operacionais e a utilização segura de tecnologias, dispositivos e práticas empregados na assistência.

A programação contemplou diferentes áreas e necessidades institucionais, abrangendo temas relacionados à assistência materno-infantil, centro cirúrgico, enfermagem, farmácia, agência transfusional, processamento de materiais e gestão de resíduos, permitindo direcionar os conteúdos de acordo com as especificidades de cada processo.

No período, foram realizados 19 treinamentos institucionais, distribuídos entre:

- 04 treinamentos relacionados às Metas de Segurança do Paciente;
- 12 treinamentos relacionados às Práticas e Protocolos Assistenciais;
- 03 treinamentos relacionados à Gestão, Sistemas/Processos Institucionais e outros temas.

Além desses, foram realizadas 05 ações educativas complementares, que não compõem a base de cálculo deste indicador, distribuídas entre eventos, orientações, ações relacionadas a resultados de indicadores e integração de novos colaboradores.

Treinamentos classificados como Práticas e Protocolos Assistenciais

Tema	Público-alvo	Participações
Agosto Dourado: Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno	Equipe Multiprofissional e Enfermagem	27
Fluxo Institucional OPME: Solicitação, Conferência, Utilização, Devolução e Rastreabilidade	Enfermagem CCG e CME	19
Recebimento, Inspeção e Armazenamento de Materiais Esterilizados Externamente	Enfermagem CME	10
Implantação da SAEP	Equipe de Enfermagem	79
Acessos Venosos Periféricos e Centrais, Sondas e Cateteres – Fixação e Curativo	Equipe de Enfermagem	85
Cuidados com Dispositivos Invasivos e Segurança na Administração de Medicamentos	Equipe de Enfermagem	29
Manejo Fonoaudiológico nas Dificuldades da Amamentação	Enfermagem Materno-Infantil	10
Farmácia Clínica e Assistencial e Reconciliação Medicamentosa	Farmacêuticas	06
Treinamento de Uso das Torres de Vídeo	Equipe CCG	10
Utilização Segura do Novo Aparelho de Anestesia	Equipe Cirúrgica	04
Infusão de Hemocomponentes	Equipe de Enfermagem e Agência Transfusional	121
POP-SMSA-HIG 009 – Higienização de Abrigos de Resíduos de Resíduos	SHL – Coleta	03
Total de participações		403

Para fins de apuração do indicador no mês de agosto, foi considerado o público elegível ativo de 367 profissionais, distribuídos entre 323 profissionais da Enfermagem, 14 da Equipe Multiprofissional, 22 da Farmácia, 05 da Agência Transfusional e 03 do SHL.

Aplicando-se a fórmula de cálculo:

$$(403 \div 367) \times 100 = 109,80\%$$

O indicador alcançou 109,80%, superando de forma expressiva a meta contratual estabelecida de $\geq 60\%$.

Análise Qualitativa e Desempenho do Indicador

O resultado evidencia ampla movimentação educativa no eixo de Práticas e Protocolos Assistenciais, contemplando diferentes níveis de complexidade e processos específicos da instituição.

Entre os destaques do período estão a Implantação da SAEP, com 79 participações; Acessos Venosos Periféricos e Centrais, Sondas e Cateteres – Fixação e Curativo, com 85 participações; e Infusão de Hemocomponentes, que alcançou 121 participações. São conteúdos diretamente relacionados à execução segura e padronizada das atividades assistenciais.

Também foram contemplados processos específicos, como OPME, recebimento e armazenamento de materiais esterilizados, utilização de equipamentos do Centro Cirúrgico, reconciliação medicamentosa e higienização de abrigos de resíduos, ampliando a abrangência das ações para diferentes pontos da cadeia assistencial e de apoio.

No período, foram utilizadas estratégias educativas presenciais e in loco, especialmente para aproximar os conteúdos da realidade dos setores e possibilitar maior interação com as equipes. Essa modalidade favorece a demonstração de práticas, o esclarecimento de dúvidas e o reforço das condutas previstas nos protocolos, principalmente nos conteúdos de natureza prática e operacional.

O resultado superior a 100% deve ser interpretado como volume de participações em relação ao número de profissionais elegíveis, e não como percentual de

colaboradores distintos capacitados. Dessa forma, o indicador demonstra expressiva realização de ações educativas, mas não permite concluir que todos os 367 profissionais tenham participado de pelo menos uma capacitação.

Aspectos Críticos Identificados e Corresponsabilização

A análise nominal das participações permanece importante para qualificar a interpretação do indicador. A existência de 403 participações para uma base de 367 profissionais indica ocorrência de participações múltiplas, tornando necessário acompanhar individualmente quais profissionais foram capacitados e quais ainda apresentam pendências.

Por sua natureza, os treinamentos classificados como Práticas e Protocolos Assistenciais estão diretamente relacionados aos processos de trabalho de cada setor. Nesse eixo, é fundamental fortalecer o papel das lideranças como multiplicadoras do conhecimento, podendo realizar as capacitações diretamente ou indicar profissionais de referência de suas equipes, conforme a complexidade e especificidade do conteúdo.

Essa estratégia favorece a aproximação entre o conhecimento técnico e a realidade cotidiana do serviço, além de distribuir a responsabilidade pela educação entre aqueles que vivenciam e acompanham diretamente os processos assistenciais.

O NEP permanece como responsável pela organização, planejamento, padronização, apoio metodológico, registro e monitoramento das ações educativas, além de realizar capacitações institucionais e conteúdos que demandem sua atuação direta. Também participa ativamente da execução de treinamentos ao longo do ano, inclusive daqueles que precisam ser realizados periodicamente em atendimento às exigências institucionais e regulatórias.

Nesse contexto, as ações presenciais e in loco permanecem como importantes estratégias de Educação Permanente. Sua utilização pode ser definida conforme a necessidade do processo, o perfil do público, a complexidade do conteúdo e os riscos identificados.

Entretanto, o in loco não deve ser compreendido como uma atribuição exclusiva do NEP. Nas Práticas e Protocolos Assistenciais, a liderança do setor ou um profissional de referência por ela designado possui papel fundamental na disseminação e no reforço dos conhecimentos junto à equipe.

Dessa forma, a proposta não é reduzir a atuação do NEP, mas ampliar a corresponsabilidade pela Educação Permanente, permitindo que o processo educativo seja sustentado também pelas próprias áreas e lideranças.

Aspecto Estrutural Relevante

A diversidade de temas desenvolvidos em agosto demonstra a necessidade de uma estrutura educativa compartilhada, na qual diferentes atores contribuam de acordo com suas competências.

Nas Práticas e Protocolos Assistenciais, a participação das lideranças e dos profissionais de referência dos setores possui especial relevância, pois são esses profissionais que acompanham diretamente a execução das atividades e podem identificar necessidades, orientar condutas e reforçar a aplicação dos protocolos no cotidiano.

O NEP atua como articulador e apoiador do processo educativo, garantindo organização, padronização, acompanhamento dos registros e monitoramento dos indicadores, sem deixar de realizar as capacitações que estejam sob sua responsabilidade ou que sejam necessárias para atender às demandas institucionais.

As capacitações presenciais e in loco realizadas pelo NEP constituem parte importante dessa atuação, sobretudo quando o tema exige orientação direta, demonstração prática, discussão de situações reais ou reforço de condutas no próprio ambiente de trabalho.

Ao mesmo tempo, conteúdos específicos dos processos de cada setor podem ser conduzidos pela própria liderança ou por profissional tecnicamente habilitado e designado como multiplicador, desde que sejam observados os critérios institucionais para realização, registro e comprovação da capacitação.

Essa distribuição fortalece a Educação Permanente como uma responsabilidade institucional compartilhada, evitando que a execução das capacitações fique concentrada exclusivamente em uma única área ou profissional.

Pontos de Atenção para Melhoria

- Manter as ações presenciais e in loco como estratégia educativa, especialmente para conteúdos práticos e relacionados à execução dos protocolos;

- Utilizar o in loco de forma planejada e estratégica, considerando a necessidade do setor, o risco relacionado ao processo e a complexidade do conteúdo;
- Fortalecer a participação das lideranças como multiplicadoras das Práticas e Protocolos Assistenciais junto às próprias equipes;
- Estimular que cada liderança identifique, quando pertinente, profissionais de referência ou multiplicadores dentro do setor para apoiar a disseminação dos conteúdos;
- Manter o NEP como responsável pela organização, padronização, apoio metodológico, registro e monitoramento das ações educativas, realizando diretamente os treinamentos institucionais e aqueles que demandem sua atuação;
- Garantir que as áreas responsáveis pelas capacitações específicas contribuam também para a execução das ações educativas, respeitando suas competências técnicas e os fluxos institucionais estabelecidos;
- Garantir que toda ação presencial ou in loco realizada pelas áreas seja devidamente registrada e encaminhada ao NEP para fins de rastreabilidade, consolidação e monitoramento do indicador;
- Lideranças acompanhar nominalmente as participações, identificando profissionais sem registro de capacitação e evitando concentração das ações nos mesmos colaboradores;
- Garantir a atualização e rastreabilidade das evidências de treinamento, mantendo os registros padronizados e disponíveis para monitoramento;
- Priorizar, no planejamento dos próximos períodos, conteúdos relacionados às necessidades identificadas nos processos assistenciais e aos riscos que possam comprometer a qualidade do cuidado;
- Fortalecer a compreensão de que a Educação Permanente é uma responsabilidade compartilhada entre NEP, lideranças e áreas técnicas, cada qual dentro de sua competência.

Conclusão

O indicador de Práticas e Protocolos Assistenciais alcançou 109,80% em setembro de 2026, superando significativamente a meta contratual mínima de 60%.

Foram registradas 403 participações em 12 capacitações, abrangendo diferentes áreas e processos institucionais, com destaque para conteúdos relacionados à SAEP, manejo de dispositivos, administração de medicamentos, utilização de tecnologias, processos do Centro Cirúrgico e infusão de hemocomponentes.

O período também contou com ações educativas presenciais e in loco, utilizadas como estratégia para aproximar o conhecimento da realidade dos setores, favorecer a interação com as equipes e reforçar a aplicação prática dos protocolos e procedimentos.

Embora o resultado demonstre expressiva movimentação educativa, o percentual superior a 100% reforça a necessidade de acompanhar também a cobertura nominal, uma vez que participações múltiplas podem elevar o indicador sem representar, necessariamente, que todos os profissionais elegíveis tenham sido capacitados.

Para os próximos períodos, o fortalecimento das lideranças e dos profissionais de referência como multiplicadores das práticas e protocolos constitui estratégia importante para ampliar a cobertura, aproximar a capacitação da rotina dos setores e distribuir de forma mais equilibrada a responsabilidade pela Educação Permanente.

O NEP continuará exercendo seu papel de coordenação, planejamento, apoio, monitoramento e execução das capacitações sob sua responsabilidade, mantendo também a realização de ações presenciais e in loco quando identificada essa necessidade. Paralelamente, será fortalecido o envolvimento das lideranças e áreas técnicas na disseminação dos conhecimentos específicos de seus processos de trabalho.

Dessa forma, busca-se consolidar um modelo de Educação Permanente no qual o NEP coordena e sustenta o processo educativo, enquanto as áreas e lideranças também assumem seu papel como agentes de desenvolvimento das equipes, ampliando a capacidade institucional de manter os conhecimentos atualizados e incorporados à prática.

Mais do que atingir o indicador, o objetivo é assegurar que os protocolos sejam conhecidos, compreendidos e efetivamente aplicados por quem realiza o cuidado, fortalecendo uma assistência padronizada, segura e de qualidade.

5.

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 94,50, 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 2: Indicadores quantitativos, Agosto 2026.

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
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
4	Coordenador Médico Clínica Médica	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
5	Coordenador Médico Pediatra	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
6	Coordenador Médico Ginecologia E Obstetrícia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
7	Coordenador Médico Anestesiologia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
8	Coordenador Médico Ortopedia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
9	Coordenador Médico UTI	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
10	Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais	≥20h semanais	3	3 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	3
11	Realizar No Mínimo Saídas Hospitalares	439	10	De 90 a 100% da meta = 10 pontos De 80 a 89% = 8 pontos De 70 a 79% = 5 pontos. Menor que 70% da meta = 0 pontos	100%	10
12	Realizar o Valor Mínimo de Cirurgia Eletiva	145	-	As metas serão avaliadas individualmente por procedimento,	152	



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
13	Cirurgia Geral	20	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	23	3,0
14	Cirurgia Videolaparoscopia Geral	10	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	14	3,00
15	Cirurgia Geral Coloproctologia	10	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	10	2,50
16	Cirurgia Pediátrica	20	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	19	3,0
17	Cirurgia Ginecológica	40	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	44	3,0
18	Cirurgia Ginecológica – Endometriose Videolaparoscopia	4	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	6	2,50
19	Cirurgia Ginecológica Videolaparoscopia	6	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	2,50
20	Cirurgia Ortopédica de baixa e média complexidade	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	2,50
21	Laqueadura eletiva	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	2,50
22	Laqueadura pós parto normal	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	7	2,50



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
23	Cirurgia Vascular	20	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	14	1,0
24	Realizar no Mínimo de consultas ambulatoriais eletivas	230	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	161	
25	Cardiologia, avaliação pré sedação	200	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	124	1,0
26	Plano Parto	30	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	37	3,0
27	Realizar no mínimo de Cirurgias ambulatoriais eletivas	105	-	As metas serão avaliadas Individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	81	
28	Vasectomia	5	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	4	3,0
29	Cirurgias Ambulatoriais	50	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	32	1,0
30	Varizes Espuma	50	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	45	3,0
31	Realizar exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA	3515	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo	3554	
32	Mamografia	300	3,0	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	309	3,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
33	Radiodiagnostico	2000	3,0	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	2104	3,0
34	Ultrassonografia	800	3,0	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	721	3,0
35	Ultrassonografia para mapeamento de endometriose	10	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	11	2,50
36	Ecocardiograma Adulto/Infantil	60	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	84	3,0
37	Teste Ergométrico	30	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	27	2,50
38	Eletrocardiograma	100	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	97	3,0
39	Biópsia de Próstata	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	2,50
40	Endoscopia	100	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	93	3,0
41	Colonoscopia	100	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	93	3,0
42	Ecocardiograma Fetal	10	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	10	3,0



GESTÃO EM SAÚDE

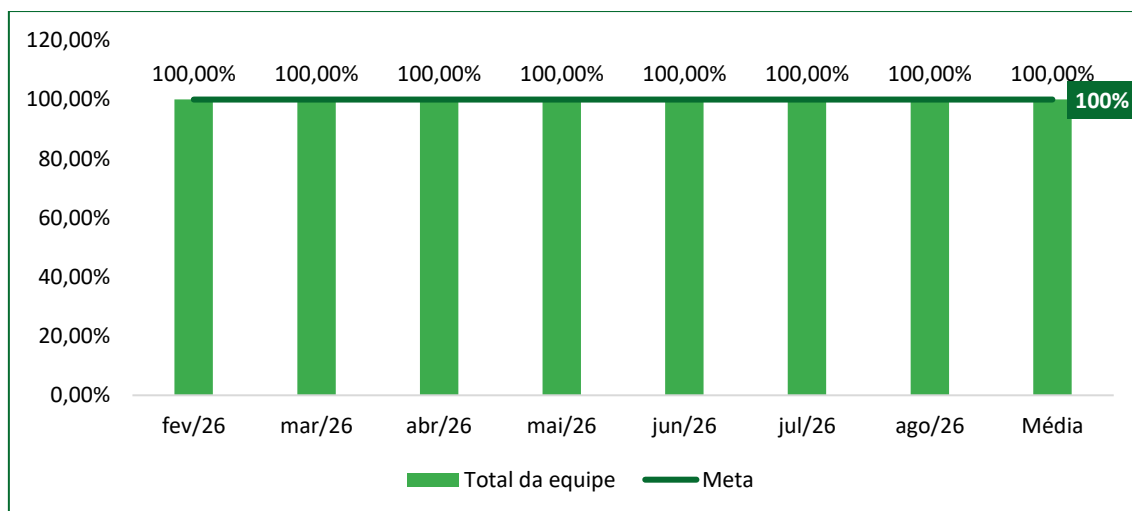


Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
TOTAL			115,80		RESULTADO	94,50

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026)

INDICADORES – EQUIPE MÉDICA

Gráfico 55: Manter Equipe Médica Completa



Fonte: Contas Médicas HMA (2026)

No mês de agosto de 2026, o indicador referente ao cumprimento da carga horária médica atingiu 100% da meta estabelecida contratualmente, evidenciando o cumprimento integral das horas previstas para o período. O resultado demonstra a adequada cobertura assistencial e a disponibilidade de profissionais médicos para atender às demandas institucionais, contribuindo para a continuidade e a regularidade dos serviços prestados.

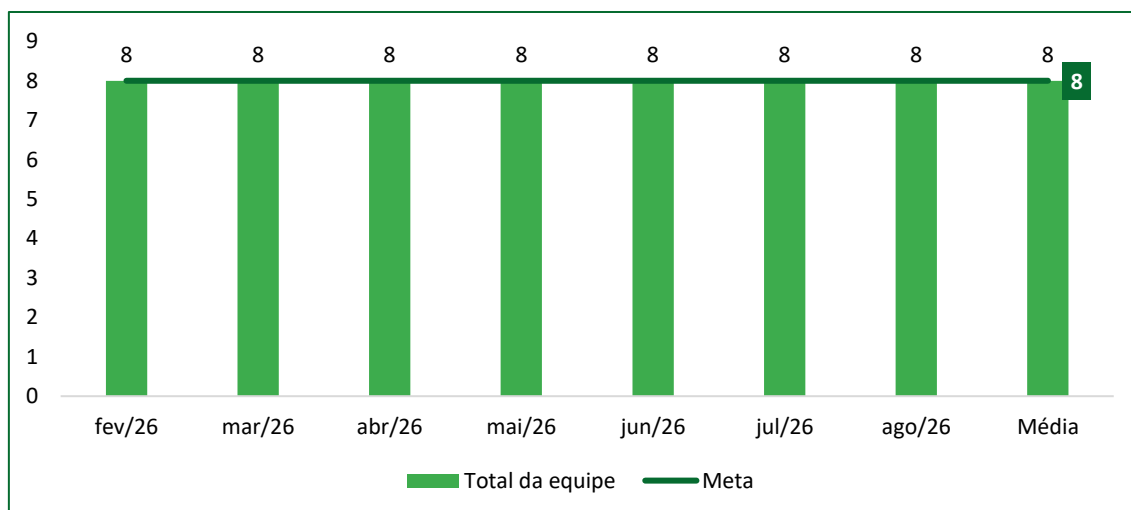
Na especialidade de Infectologia, igualmente foi observado o cumprimento integral da carga horária pactuada, com a execução de 87,00 horas, correspondentes a 100% da meta contratual estabelecida para o período.

Durante o período avaliado, o Hospital Municipal de Araucária manteve a regularidade das escalas médicas nas diferentes especialidades assistenciais, assegurando o atendimento aos parâmetros contratuais estabelecidos e a continuidade da assistência à população.

Como medida de manutenção dos resultados alcançados, permanece em execução o monitoramento sistemático das escalas médicas, realizado em articulação contínua com a empresa responsável pela prestação dos serviços. Essa estratégia possibilita o acompanhamento da cobertura assistencial e a identificação antecipada de eventuais necessidades de ajustes ou adequações nas escalas, permitindo a adoção oportuna das medidas necessárias para evitar desassistências.

Dessa forma, o acompanhamento contínuo das escalas contribui para a manutenção da qualidade, segurança, regularidade e eficiência dos serviços médicos, fortalecendo o cumprimento das obrigações contratuais e garantindo a adequada assistência aos usuários do Hospital Municipal de Araucária.

Gráfico 56: - Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais



Fonte: Contas Médicas HMA (2026)

Em conformidade com o Edital de Chamamento Público nº 001/2025, o Hospital Municipal de Araucária (HMA) manteve, durante o período avaliado, a estrutura organizacional composta por 9 coordenações médicas, atendendo ao quantitativo mínimo de 8 coordenações estabelecido contratualmente, além da

Coordenação do Pronto Atendimento Infantil, conforme previsto no item 2.5 das Diretrizes Gerais do referido edital.

No mês de agosto de 2026, todas as coordenações médicas previstas encontravam-se devidamente preenchidas e em pleno funcionamento, com os respectivos profissionais cumprindo integralmente a carga horária mínima de 12 horas semanais, em conformidade com as exigências contratuais estabelecidas.

Diante disso, o indicador referente ao cumprimento da carga horária das coordenações médicas atingiu o índice de 100% no período avaliado, demonstrando plena conformidade com os parâmetros e requisitos estabelecidos no instrumento contratual.

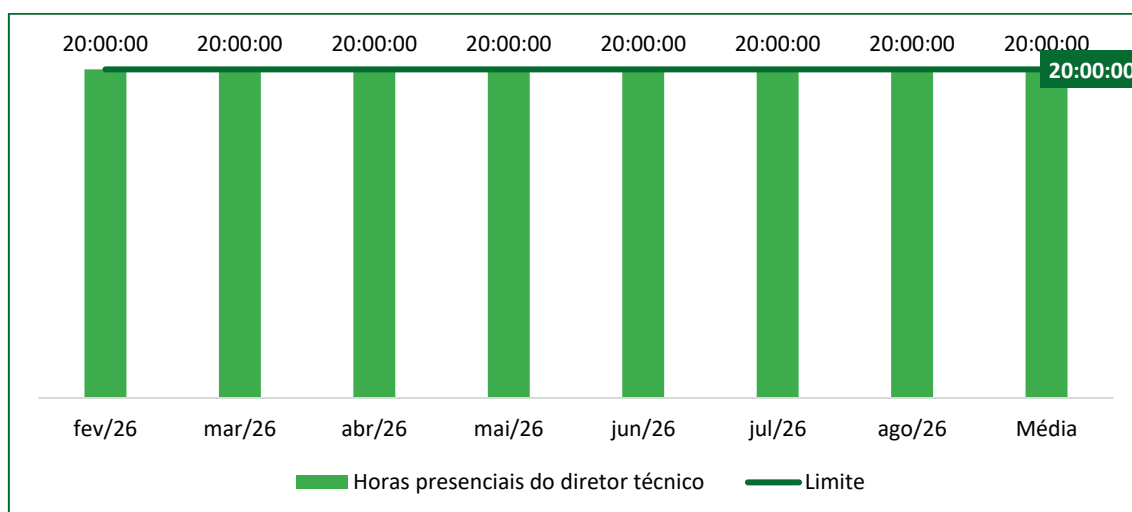
A seguir, apresenta-se a relação dos profissionais responsáveis pelas coordenações médicas que exerceram suas atividades no Hospital Municipal de Araucária durante o mês de agosto de 2026:

- Anestesiologia: Dra. Denise Rose – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 5.049.
- Clínica Médica e UTI Adulto: Dra. Maria Cláudia Hahn Ferrucio – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 370 e nº 371.
- Clínica Cirúrgica: Dr. Cristian André Schulz – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 35.188.
- Clínica Ginecológica e Obstétrica: Dra. Leila Wessler Faust – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 28.007, e Dra. Carolina Brunini Carneiro – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 36.438.
- Clínica Ortopédica: Dra. Ana Alice Destri – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 24.408.
- Pronto Atendimento Infantil e Pediatria: Dra. Camila de Oliveira Benato – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 22.162.

- UTI Neonatal e Pediátrica: Dra. Bruna Paula Silveira – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 25.595, e Dra. Samara Damin – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 29.304.
- Alojamento Conjunto e Sala de Parto: Dra. Aline Weber Crocetti Wakamori – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 35.792.

A manutenção integral das coordenações médicas, aliada ao cumprimento da carga horária mínima estabelecida, demonstra a regularidade da estrutura de gestão médica do Hospital Municipal de Araucária e o atendimento às obrigações previstas no Edital de Chamamento Público nº 001/2025 no período avaliado.

Gráfico 57 - Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais



Fonte: Contas Médicas HMA (2026)

A Direção Técnica do Hospital Municipal de Araucária, conduzida pelo Dr. Isaac Brambilla, cumpriu integralmente, durante o período analisado, a jornada mínima semanal estabelecida de 20 (vinte) horas, em consonância com as responsabilidades do cargo e com as normas institucionais aplicáveis.

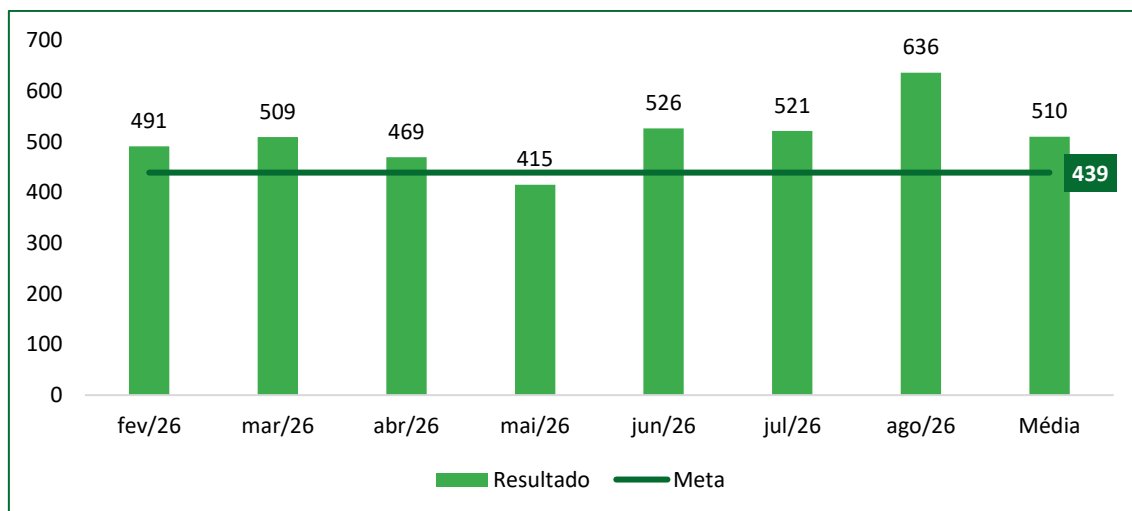
Ao longo do mês de agosto de 2026, foram realizadas ações relacionadas à gestão técnico-assistencial e administrativa da unidade, abrangendo a

supervisão das atividades assistenciais, a análise dos fluxos e procedimentos internos, a organização e atualização dos registros institucionais, o acompanhamento das rotinas operacionais e o apoio à elaboração e ao gerenciamento das escalas médicas.

As atividades desenvolvidas buscaram garantir o adequado funcionamento dos processos institucionais, o atendimento às exigências normativas e a preservação dos padrões de qualidade, segurança e continuidade na assistência oferecida à população.

INDICADOR – INTERNAMENTO/SAÍDAS HOSPITALARES

Gráfico 58 – Internamentos/Saídas Hospitalares.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

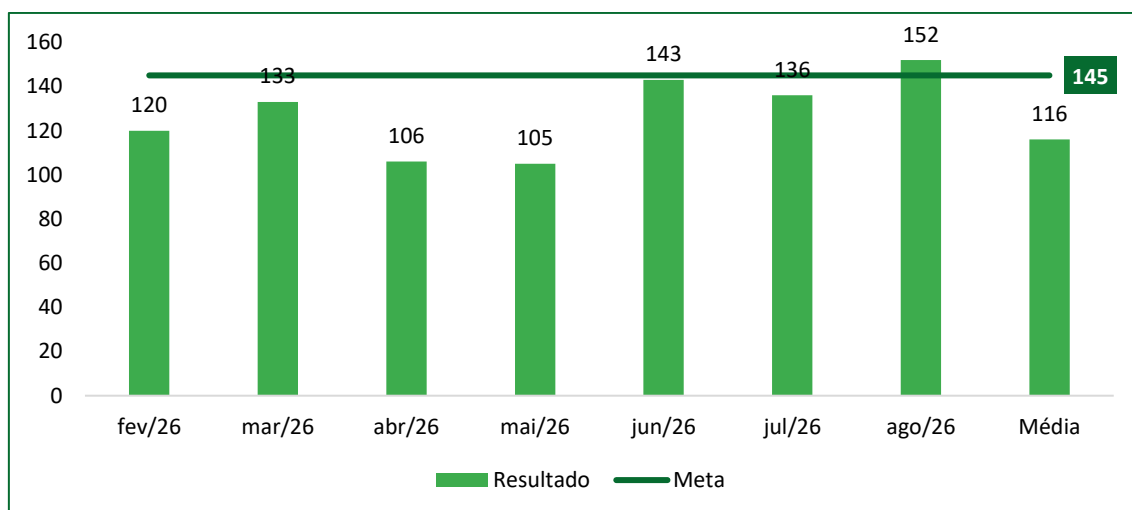
Durante o período analisado, foram registradas 334 (trezentos e trinta e quatro) saídas hospitalares decorrentes de atendimentos clínicos de urgência/emergência (óbitos, alta melhorado, transferência externa, alta a pedido e/ou evasão) e 184 (cento e oitenta e quatro) saídas de pacientes cirúrgicos de urgência/emergência, totalizando 518 (quinhentos e dezoito)

saídas de urgência/emergência, quantitativo superior à meta estabelecida no contrato de gestão.

No mês de Agosto de 2026, foram registradas 636 (seiscentos e trinta e seis) saídas hospitalares, das quais 518 (quinhentos e dezoito) referiram-se a atendimentos de urgência/emergência e 118 (cento e dezoito) a pacientes eletivos, em conformidade com a meta estabelecida.

INDICADOR – CIRURGIAS ELETIVAS HOSPITALARES

Gráfico 59 - Cirurgias Eletivas



Fonte: SADT HMA (2026)

Com base nos dados apresentados, observa-se que o desempenho cirúrgico global apresentou resultado satisfatório no período, com superação das metas em diversas especialidades e cumprimento integral em outras. As variações identificadas refletem o comportamento da demanda, a capacidade operacional das equipes e os diferentes fluxos de preparação dos pacientes. A seguir, apresenta-se a análise crítica por especialidade, considerando a produção realizada, a demanda assistencial e as condições necessárias para a execução dos procedimentos:

Cirurgia Geral (Meta: 20 | Realizadas: 23)

A produção superou a meta em 15%, demonstrando desempenho satisfatório da especialidade e adequada capacidade operacional para absorção da demanda programada. O resultado evidencia boa utilização das agendas cirúrgicas e contribui positivamente para o cumprimento das metas assistenciais estabelecidas.

Cirurgia Geral por Vídeo (Meta: 10 | Realizadas: 14)

A produção superou a meta em 40%, evidenciando ampliação da utilização de técnicas minimamente invasivas. O resultado demonstra boa capacidade de execução da equipe e priorização de abordagens videolaparoscópicas, alinhadas à busca por menor tempo de recuperação, redução da permanência hospitalar e melhores desfechos assistenciais.

Cirurgia Geral – Coloproctologia (Meta: 10 | Realizadas: 10)

A meta foi integralmente atingida, correspondendo a 100% de execução. O resultado demonstra equilíbrio entre a programação estabelecida e a capacidade efetiva de realização dos procedimentos, mantendo a produção dentro do volume pactuado para a especialidade.

Cirurgia Pediátrica (Meta: 20 | Realizadas: 19)

A produção alcançou 95% da meta, apresentando pequena diferença de apenas um procedimento em relação ao quantitativo pactuado. O resultado permanece próximo ao esperado, sendo recomendável a manutenção do acompanhamento das agendas e dos fatores que possam ter influenciado a não realização do procedimento, como cancelamentos, absenteísmo ou intercorrências na programação.

Cirurgia Ginecológica (Meta: 40 | Realizadas: 44)

A produção superou a meta em 10%, demonstrando desempenho satisfatório e capacidade da equipe em atender volume superior ao inicialmente programado. O resultado evidencia adequada utilização da capacidade cirúrgica disponível e contribui para a absorção da demanda e redução de possíveis filas assistenciais.

Cirurgia Ginecológica por Vídeo (Meta: 6 | Realizadas: 5)

A produção atingiu 83,3% da meta, apresentando redução de um procedimento em relação ao quantitativo pactuado. Embora o resultado tenha ficado abaixo da meta, observa-se proximidade com o volume previsto, sendo importante manter o acompanhamento da programação e dos fatores que possam interferir na execução dos procedimentos.

Cirurgia Ginecológica por Vídeo – Endometriose (Meta: 4 | Realizadas: 6)

A produção superou a meta em 50%, demonstrando desempenho expressivo da especialidade. O resultado evidencia adequada capacidade assistencial para realização de procedimentos especializados e boa utilização da estrutura disponível, contribuindo para o atendimento da demanda e para a resolutividade da assistência.

Cirurgia Ortopédica (Meta: 5 | Realizadas: 5)

A meta foi integralmente cumprida, com 100% de execução. O resultado demonstra regularidade na programação e realização dos procedimentos, mantendo a produção de acordo com o volume pactuado para a especialidade.

Laqueadura Eletiva (Meta: 5 | Realizadas: 5)

A produção atingiu 100% da meta estabelecida, demonstrando adequado planejamento e execução das agendas. O resultado evidencia equilíbrio entre a oferta programada e a efetiva realização dos procedimentos eletivos.

Laqueadura Pós-Parto (Meta: 5 | Realizadas: 7)

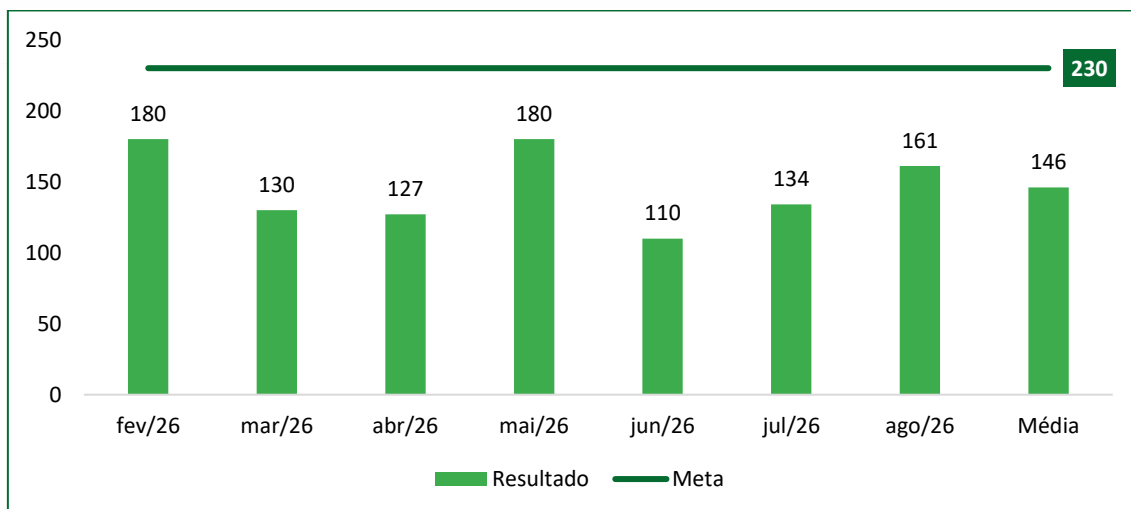
A produção superou a meta em 40%, demonstrando capacidade de atendimento acima do volume inicialmente previsto. O resultado evidencia efetividade na identificação e atendimento das pacientes elegíveis ao procedimento no período pós-parto, contribuindo para a ampliação do acesso e adequada resposta à demanda assistencial.

Cirurgia Vascular (Meta: 20 | Realizadas: 14)

A produção atingiu 70% da meta, apresentando déficit de seis procedimentos no período. A redução pontual está relacionada ao processo de preparação dos pacientes, que se encontravam em fase de realização do pré-operatório e dos exames complementares necessários para a segurança e liberação dos procedimentos. Dessa forma, parte dos pacientes permaneceu em acompanhamento até a conclusão das etapas preparatórias. Com a finalização dos exames e a liberação dos pacientes, espera-se a retomada das agendas e evolução do indicador no período subsequente.

INDICADOR – CONSULTAS E CIRURGIAS AMBULATORIAIS ELETIVAS

Gráfico 60 - Consultas ambulatoriais eletivas



Fonte: SADT HMA (2026)

No mes em análise, foram agendadas 190 consultas, das quais 124 foram realizadas, correspondendo a 62,00% da meta estabelecida. Foram registradas 23 faltas, resultando em uma taxa de absenteísmo de 10,50%.

Além disso, 79 pacientes permanecerão pendentes para reagendamento na próxima competência. Também foram considerados 29 pacientes remanescentes da competência anterior, dos quais 20 foram atendidos e 9 foram faltosos, bem como a antecipação de 7 pacientes da competência seguinte.

O indicador permaneceu não conforme, principalmente em razão da limitação da capacidade de absorção da demanda assistencial e do consequente volume de pacientes pendentes para reagendamento. Observou-se, ainda, baixa oferta de pacientes provenientes da regulação — CRA, com períodos em que foram disponibilizados menos de 20 agendamentos, impactando o alcance da meta prevista.

Como plano de ação, serão mantidos o alinhamento contínuo com a regulação, a confirmação prévia das consultas e o monitoramento sistemático das agendas, com o objetivo de otimizar o preenchimento das vagas, reduzir o absenteísmo e minimizar o número de pacientes pendentes.

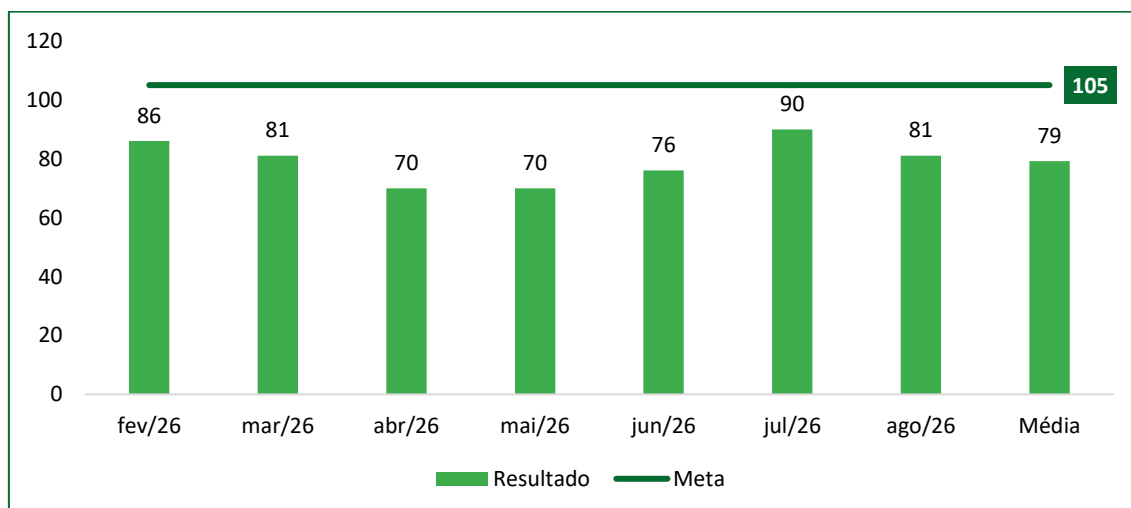
Consultas de Plano de Parto

Em agosto, foram agendadas 65 consultas de plano de parto, das quais 37 foram realizadas, correspondendo a 123,33% da meta estabelecida. Foram registradas 28 faltas, resultando em uma taxa de absenteísmo de 43,08%.

O indicador foi considerado conforme, uma vez que o número de consultas realizadas superou a meta pactuada. Entretanto, o percentual de absenteísmo permanece como ponto de atenção e requer acompanhamento contínuo, considerando seu impacto sobre o aproveitamento das vagas disponibilizadas e a organização da assistência.

Como medidas de manutenção e aprimoramento, permanecem previstas a confirmação prévia das consultas, o acompanhamento sistemático das agendas e o fortalecimento da integração entre as equipes responsáveis pelo agendamento, acolhimento e atendimento das pacientes.

Gráfico 61 - Cirurgias ambulatoriais eletivas



Fonte: SADT HMA (2026)

Vasectomia (Meta: 4 | Realizadas: 4)

Meta parcialmente atingida, demonstrando adequada captação da demanda e organização do fluxo assistencial. O resultado indica equilíbrio entre oferta e procura, com boa adesão dos pacientes ao procedimento, diferença de 1 paciente devido a absenteísmo no dia no procedimento.

Cirurgia Ambulatorial (Meta: 50 | Realizadas: 32 | Agendadas: 35 | Faltas:3)

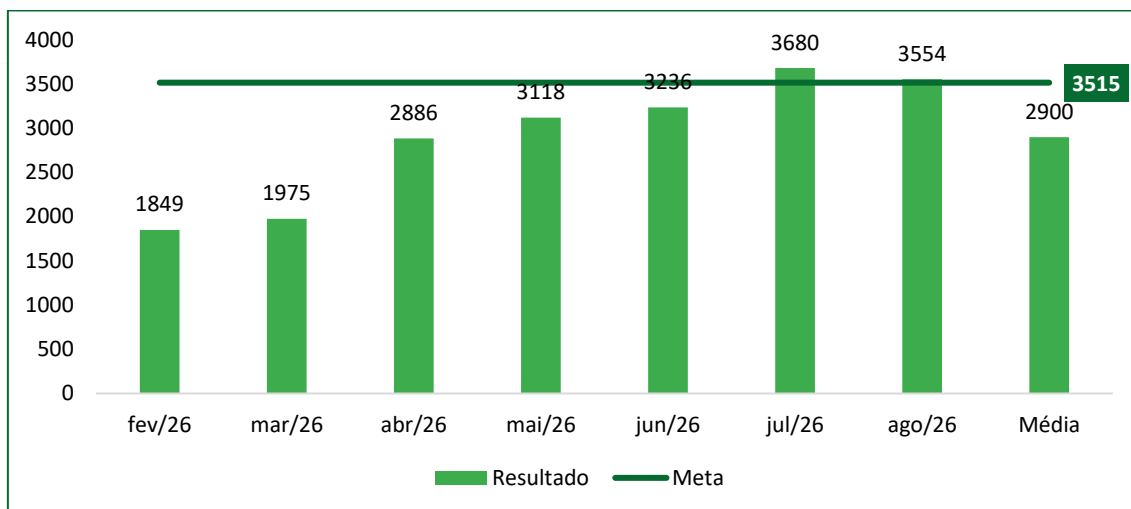
A produção ficou abaixo da meta em função da demanda encaminhada pela regulação (SMS), que totalizou 35 pacientes agendados no período, número inferior à meta contratual. Além disso, houve registro de absenteísmo (3 faltas), impactando diretamente o quantitativo final realizado. Ressalta-se que todas as vagas disponibilizadas foram devidamente ofertadas, não havendo ociosidade por falha operacional, mas sim limitação relacionada ao volume de encaminhamentos e comparecimento dos pacientes.

Tratamento de Varizes por Espuma (Meta: 50 | Realizadas: 45)

Produção próxima à meta, com diferença atribuída ao absenteísmo de pacientes, apesar da disponibilização integral das vagas. O cenário evidencia boa capacidade operacional e adequada oferta do serviço, sendo o não atingimento pontual decorrente de fatores externos, como não comparecimento.

INDICADOR 31 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – EXAMES ELETIVOS

Gráfico 62 – SADT



Fonte: SADT HMA (2026)

No período de 01 a 31 de Agosto de 2026, foram realizados 3.554 exames de SADT, o que corresponde a 101,11% da meta estabelecida no Contrato de Gestão.

Em conformidade com o Contrato de Gestão, nos casos de insuficiência de demanda por parte do município, o valor da meta, para fins de base de cálculo, corresponde ao quantitativo de procedimentos efetivamente agendados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA. Considera-se como falta de demanda as situações em que as vagas previamente disponibilizadas pela CONTRATADA não são integralmente utilizadas pela referida Central.

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

Mamografia

Foram disponibilizadas 140,00% (cento e quarenta por cento) da meta, correspondendo à oferta de 420 (quatrocentas e vinte) vagas para a realização do exame. Foram agendados 420 (quatrocentos e vinte) exames, dos quais 309

(trezentos e nove) foram efetivamente realizados, atingindo 103,00% (cento e três por cento) da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 26,43% (vinte e seis vírgula quarenta e três por cento), equivalente a 111 (cento e onze) faltas. Dos 309 (trezentos e nove) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

Radiodiagnóstico

Foram disponibilizadas 110,00% (cento e dez por cento) da meta, correspondendo à oferta de 2.200 (duas mil e duzentas) vagas para a realização do exame. Foram agendados 2.198 (duas mil cento e noventa e oito) exames, dos quais 2.104 (duas mil cento e quatro) foram efetivamente realizados, atingindo 105,20% (cento e cinco vírgula vinte por cento) da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 23,16% (vinte e três vírgula dezesseis por cento), equivalente a 509 (quinhentas e nove) faltas. Dos 2.104 (duas mil cento e quatro) exames realizados, 415 (quatrocentos e quinze) foram provenientes de agendamentos de competências anteriores.

Ultrassonografia

Foram disponibilizadas 117,38% (cento e dezessete vírgula trinta e oito por cento) da meta, correspondendo à oferta de 939 (novecentas e trinta e nove) vagas para a realização do exame. Foram agendados 940 (novecentos e quarenta) exames, dos quais 721 (setecentos e vinte e um) foram efetivamente realizados, atingindo 90,13% (noventa vírgula treze por cento) da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 25,64% (vinte e cinco vírgula sessenta e quatro por cento), equivalente a 241 (duzentas e quarenta e uma) faltas. Dos 721 (setecentos e vinte e um) exames realizados, 45 (quarenta e cinco) foram provenientes de agendamentos de competências anteriores.

Ecocardiograma Adulto e Infantil

Foram disponibilizadas 180,00% (cento e oitenta por cento) da meta, correspondendo à oferta de 108 (cento e oito) vagas para a realização do exame.

Foram agendados 103 (cento e três) exames, dos quais 84 (oitenta e quatro) foram efetivamente realizados, atingindo 140,00% (cento e quarenta por cento) da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 18,45% (dezoito vírgula quarenta e cinco por cento), equivalente a 19 (dezenove) faltas. Dos 84 (oitenta e quatro) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

Teste Ergométrico

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 36 (trinta e seis) vagas para a realização do exame. Foram agendados 36 (trinta e seis) exames, dos quais 27 (vinte e sete) foram efetivamente realizados, atingindo 90,00% (noventa por cento) da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 27,78% (vinte e sete vírgula setenta e oito por cento), equivalente a 10 (dez) faltas. Dos 27 (vinte e sete) exames realizados, 1 (um) foi proveniente de agendamento de competência anterior.

Eletrocardiograma

Foram disponibilizadas 135,00% (cento e trinta e cinco por cento) da meta, correspondendo à oferta de 135 (cento e trinta e cinco) vagas para a realização do exame. Foram agendados 135 (cento e trinta e cinco) exames, dos quais 97 (noventa e sete) foram efetivamente realizados, atingindo 97,00% (noventa e sete por cento) da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 28,15% (vinte e oito vírgula quinze por cento), equivalente a 38 (trinta e oito) faltas. Dos 97 (noventa e sete) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

Biópsia de Próstata

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 6 (seis) vagas para a realização do exame. Foram

agendados 6 (seis) exames, dos quais 5 (cinco) foram efetivamente realizados, atingindo 100,00% (cem por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 16,67% (dezesesseis vírgula sessenta e sete por cento), equivalente a 1 (uma) falta. Dos 5 (cinco) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

Endoscopia

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 120 (cento e vinte) vagas para a realização do exame. Foram agendados 118 (cento e dezoito) exames, dos quais 93 (noventa e três) foram efetivamente realizados, atingindo 93,00% (noventa e três por cento) da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 22,03% (vinte e dois vírgula zero três por cento), equivalente a 26 (vinte e seis) faltas. Dos 93 (noventa e três) exames realizados, 1 (um) foi proveniente de agendamento de competência anterior.

Colonoscopia / Retossigmoidoscopia

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 120 (cento e vinte) vagas para a realização do exame. Foram agendados 118 (cento e dezoito) exames, dos quais 93 (noventa e três) foram efetivamente realizados, atingindo 93,00% (noventa e três por cento) da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 22,03% (vinte e dois vírgula zero três por cento), equivalente a 26 (vinte e seis) faltas. Dos 93 (noventa e três) exames realizados, 1 (um) foi proveniente de agendamento de competência anterior.

- **Ecocardiograma Fetal**

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 12 (doze) vagas para a realização do exame. Foram

agendados 12 (doze) exames, dos quais 10 (dez) foram efetivamente realizados, atingindo 100,00% (cem por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 16,67% (dezesesseis vírgula sessenta e sete por cento), equivalente a 2 (duas) faltas. Dos 10 (dez) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados referentes ao mês de agosto de 2026 demonstram a continuidade das ações voltadas ao aprimoramento da assistência e ao fortalecimento dos processos desenvolvidos pelo Hospital Municipal de Araucária. No período, as equipes atuaram na manutenção da qualidade dos serviços, na organização das rotinas institucionais e no acompanhamento das demandas assistenciais, administrativas e de apoio à rede.

A atuação integrada entre os setores contribuiu para a continuidade do cuidado, a segurança dos pacientes e a qualificação do atendimento prestado. As ações realizadas também evidenciam o empenho dos profissionais na condução dos fluxos internos, na utilização adequada dos recursos disponíveis e na busca por respostas cada vez mais alinhadas às necessidades da população atendida.

A gestão permaneceu dedicada ao monitoramento dos indicadores, à análise dos resultados e à identificação de pontos que necessitam de intervenção ou aperfeiçoamento. As oportunidades de melhoria observadas serão incorporadas ao planejamento das próximas competências, com foco no fortalecimento das práticas assistenciais, na redução de inconsistências, na melhoria da eficiência operacional e na consolidação de uma assistência humanizada, segura e resolutiva.

Araucária – PR, 15 de setembro de 2026.

Diretoria Geral

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Documento assinado digitalmente
 **NOEMI GARCIA MORAES FERLA**
Data: 15/09/2026 20:42:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Diretoria Técnica

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Documento assinado digitalmente
 **ANA LIZ MINTE DA SILVA**
Data: 15/09/2026 20:34:08-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Gerência Assistencial

Hospital Municipal de Araucária – HMA