



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**

JUNHO/2026

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
OBJETIVO.....	5
CONTEXTUALIZAÇÃO.....	6
METAS QUALITATIVAS	8
METAS QUANTITATIVAS	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107

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 **quinto (5º)** 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 30 de junho de 2026**, 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 30 de junho 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 junho/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 78,50 pontos de um total de 100 (cem) possíveis nos indicadores qualitativos do contrato, considerando os pesos atribuídos a cada indicador conforme previsto contratualmente.

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

A seguir, apresentamos a tabela consolidada com os indicadores e os respectivos resultados alcançados no mês em análise. Na sequência, são exibidos os gráficos de desempenho por indicador, acompanhados das análises e discussões correspondentes.

Tabela 1: Indicadores Qualitativos, junho 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.	74,67%	0,0
2	Taxa de ocupação da Cirurgia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	84,87%	2,0
3	Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	74,08%	0,0
4	Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	70,19%	0,0
5	Taxa de ocupação do UCIN	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	25,56%	0,0
6	Taxa de ocupação Internação Clínica Médica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	76,96%	0,0



GESTÃO EM SAÚDE



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.	89,26%	2,0
8	Taxa de ocupação da UTI Pediátrica	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	53,33%	00,0
9	Taxa de ocupação da Unidade Neonatal	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	60,00%	0,0
10	Manter a Média de Permanência da Pediatria	≤ 04 dias	2	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,33	2
11	Manter a Média de Permanência da Cirurgia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,01	3
12	Manter a Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,23	3
13	Manter a Média de Permanência da UCIN	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,56	3



GESTÃO EM SAÚDE



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	3,28	3
15	Manter a Média de Permanência da UTI Adulto	≤ 7 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	3,95	4
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	6,00	4
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	8,18	4
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	5,92%	0,0
19	Proporção de partos vaginais	≥ 65%	1,5	Total de partos vaginais/ total de partos realizados) x 100	49,6%	0,0
Indicador 20	Taxa de Mortalidade Não	Análise crítica das informações e	0,5	Nº de óbitos antes 24h e/ou	0,32%	0,5

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
20	Institucional	apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos		internação / total saídas) x 100		
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	2,39%	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	0,15%	0,5
23	Taxa de Mortalidade Cirúrgica	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos até sete dias após procedimento cirúrgico/Nº cirurgias realizadas) x 100	0,63%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
24	Taxa de acolhimento com classificação de risco por Enfermeiro aos usuários atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico	$\geq 98\%$	0,5	Nº total de pacientes classificados / Nº total de pacientes atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico. X 100	98,93%	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)	00:04:29	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	00:57:45	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	00:51:01	0,5
28	Tempo Médio de Espera para	≤ 60 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Urgentes/Nº total de pacientes Urgentes não atendidos.	00:30:00	0,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Atendimento Médico - Risco Amarelo/Urgente					
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	01:18:27	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	01:53:49	1,5
33	Tempo médio permanência no PA Infantil 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	01:18:27	1,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
34	Taxa Global de Infecção Hospitalar	$\leq 2\%$	2	$(N^{\circ} \text{ de infecções hospitalares} / \text{total saídas}) \times 100$	0,31%	2
35	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM)	≤ 10	2	$(N^{\circ} \text{ de pacientes com pneumonia associada à VM} / \text{VM dia}) \times 1.000$	0,00	2
36	Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV)	≤ 1	2	$(N^{\circ} \text{ de pacientes com ITU associada à CV} / \text{CV dia}) \times 1.000.$	0,00	2
37	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC)	≤ 10	2	$(N^{\circ} \text{ de pacientes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC/CVC dia}) \times 1.000$	5,24	2
38	Incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas	≤ 1	2	$(N^{\circ} \text{ de ISC em cirurgias limpas} / N^{\circ} \text{ de cirurgias limpas realizadas}) \times 100$	0,46	2

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
39	Incidência de quedas de pacientes internados	≤ 1	2	$(N^{\circ} \text{ de quedas} / N^{\circ} \text{ de pacientes dia}) \times 1000$.	1,07%	0,0
40	Incidência de Lesões de Pele (LP) em pacientes internados	≤ 5	2	$(N^{\circ} \text{ de casos novos de pacientes com LP} / N^{\circ} \text{ total de pacientes internados no período}) \times 100$	0,0%	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	$(N^{\circ} \text{ de checklists de cirurgia segura preenchidos corretamente} / N^{\circ} \text{ total de cirurgias realizadas}) \times 100$.	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	$(\text{Total de SADT eletivo disponibilizado no Sistema de informação} / \text{Meta pactuada para SADT eletivo}) \times 100$.	120,46%	1,0
43	Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas	100%	1	$(\text{Total de primeiras consultas disponibilizadas no Sistema de Informação} / \text{Meta pactuada para primeiras consultas}) \times 100$.	121,74%	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	contidas no Anexo II do edital					
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.	98,88%	0,0
45	Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência.	Cumprido = 1,00 Não Cumprido = 0,0	1	Nº de atualizações diárias do censo da UTI. Relatório do NIR e planilha Compartilhada entre DUE, Comissão de Fiscalização, NAS e NIR do HMA.	100%	1,0
46	Realizar altas referenciadas com agendamento de no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde	≥ 70%	1	(Total de agendamentos de alta referenciada realizados /Total de saídas hospitalares) x 100	100%	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



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	9%	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%	1,0
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%	1,0

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

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.	Atende Parcialmente	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

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

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	77,51%	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	109,33%	1,0
TOTAL			100	PONTUAÇÃO FINAL: 78,50		

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

Análise da Taxa de Ocupação Hospitalar

Este documento registra a análise da taxa de ocupação hospitalar de junho/2026, com a memória dos cálculos e as evidências extraídas do Tasy. A leitura do indicador considerou a rotina de movimentação dos leitos, principalmente nas enfermarias, onde internações com permanência inferior a 24 horas e trocas internas de leito podem aparecer no relatório com Permanência = 0.

A fórmula da taxa de ocupação foi mantida. A revisão concentrou-se na consistência da base utilizada no numerador do indicador. Quando o relatório atribui Permanência = 0, isso não significa, necessariamente, que o leito esteve livre; significa que a ocupação não gerou paciente-dia completo na extração estatística.

Nas enfermarias, foram consideradas as saídas auditadas/apuradas por especialidade associadas à média histórica de permanência da própria especialidade. Nas unidades críticas e neonatais - UTI Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UCIN -, foram mantidos os dados diretos do Tasy, pois o perfil assistencial dessas unidades apresenta permanência mais prolongada, menor variação de leitos e baixa materialidade de registros pontuais com Permanência = 0.

Síntese da Análise

Tema avaliado	Posicionamento técnico
Natureza do cálculo	Não se trata de nova metodologia contratual. Trata-se de recomposição da base de pacientes-dia para aplicação da própria fórmula de taxa de ocupação, quando o relatório direto do Tasy registra permanência zero em situações com uso assistencial do leito.
Fórmula utilizada	$\text{Taxa de Ocupação (\%)} = (\text{Pacientes-dia} \div \text{Leitos-dia}) \times 100$ Nas enfermarias, pacientes-dia = Saídas auditadas/apuradas × Média histórica de permanência. Nas

Tema avaliado	Posicionamento técnico
	UTIs e UCIN, pacientes-dia = dado direto do Tasy.
Motivo da recomposição	O relatório Tasy evidencia registros individuais com Permanência = 0 em pacientes internados, o que pode reduzir artificialmente os pacientes-dia em setores de alta rotatividade.
Critério de aplicação	Aplicar a recomposição somente nas enfermarias: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Obstétrica e Clínica Pediátrica.
Critério de exceção	Não aplicar recomposição em UTI Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UCIN, mantendo pacientes-dia e taxa direta do Tasy.
Racional das exceções	Unidades críticas e neonatais têm permanência predominantemente superior a 24 horas, menor variação de leitos e baixa quantidade absoluta de saídas, o que reduz a materialidade de registros pontuais com Permanência = 0.
Evidência documental	Foram mantidos recortes do Tasy, por especialidade, com linhas destacadas em vermelho demonstrando registros de Permanência = 0 nas enfermarias.
Controle de neutralidade	A Clínica Pediátrica apresentou taxa recomposta inferior à taxa direta do Tasy, demonstrando que o método não foi escolhido para elevar resultado, mas para aplicar critério uniforme e coerente com a produção assistencial.

Premissas Técnicas Consideradas

A premissa assistencial central é que permanência estatística igual a zero não equivale a leito vazio. Enquanto o paciente está internado ou em movimentação assistencial, o leito fica indisponível para outro usuário, mobilizando estrutura física, equipe e recursos hospitalares.

Quando o relatório registra Permanência = 0, o evento pode não gerar paciente-dia no numerador da taxa de ocupação, ainda que tenha havido ocupação física do leito. Esse efeito é mais relevante em enfermarias com maior volume de internações breves, transferências internas e rotatividade assistencial.

Por isso, a recomposição por saídas auditadas e média histórica de permanência é utilizada como medida técnica de consistência da base de cálculo, preservando a finalidade do indicador: refletir a utilização da capacidade instalada da unidade no período analisado.

Fórmula, campos e regra de cálculo

Fórmula aplicável

Taxa de Ocupação (%) = $(\text{Pacientes-dia} \div (\text{Leitos ativos} \times \text{Dias do mês})) \times 100$. Para as enfermarias, Pacientes-dia recompostos = Saídas auditadas/apuradas $\times$ Média histórica de permanência. Para UTI Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UCIN, Pacientes-dia = pacientes-dia direto do Tasy.

Campo do cálculo	Como foi utilizado na análise
Saídas auditadas/apuradas	Quantidade de saídas da especialidade utilizada como produção formal e rastreável do período.
Média histórica de permanência	Parâmetro assistencial histórico do modelo técnico: Cirúrgica 3 dias; Médica 4 dias; Obstétrica 2,5 dias; Pediátrica 2 dias.
Pacientes-dia recompostos	Resultado de saídas $\times$ média histórica nas enfermarias.
Leitos-dia	Leitos ativos $\times$ 30 dias do mês de junho.
Taxa apresentada	Resultado matemático da relação pacientes-dia/leitos-dia, com arredondamento apenas para apresentação.

Regra de decisão: Quando recompor e quando manter Tasy

Grupo de unidades	Condição observada	Efeito no indicador	Tratamento aplicado
Enfermarias	Alta rotatividade, internações breves, movimentações internas e registros de Permanência = 0 com potencial de sub apuração	Materialidade relevante sobre pacientes-dia	Recompor pacientes-dia por saídas auditadas × média histórica
UTIs e UCIN	Permanência predominantemente prolongada, menor alteração de leitos e menor quantidade absoluta de saídas	Baixa materialidade de registros pontuais	Manter pacientes-dia e taxa direta do Tasy

A distinção entre os grupos decorre do perfil assistencial e da materialidade do efeito das permanências inferiores a 24 horas sobre o numerador do indicador. Assim, a recomposição é aplicada nas enfermarias, onde a rotatividade é maior e os registros de Permanência = 0 têm maior potencial de reduzir os pacientes-dia. Nas UTIs e UCIN, mantém-se o dado direto do Tasy, pela maior aderência ao perfil dessas unidades.

Matriz de cálculo – Enfermarias

Unidade	Saídas	MP hist.	Leitos	Leitos-dia	Pacientes-dia usados	Taxa analisada	Taxa Tasy
Clínica Cirúrgica	165	3 dias	13	390	495	126,9%	84,87%
Clínica Médica	162	4 dias	23	690	648	93,9%	76,96%
Clínica Obstétrica	170	2,5 dias	18	540	425	78,7%	70,19%
Clínica Pediátrica	96	2 dias	10	300	192	64,0%	74,67%

A tabela apresenta a mesma estrutura de cálculo para todas as enfermarias: saídas auditadas/apuradas multiplicadas pela média histórica da especialidade, divididas pelos leitos-dia do mês. O tratamento é uniforme e utiliza parâmetros explícitos para cada unidade.

Matriz de cálculo – UTIS e UCIN

Unidade	Pacientes	Saídas	Leitos	Pacientes-dia Tasy	MP Tasy	Taxa Tasy	Tratamento
UTI Adulto	67	61	9	241	3,95	89,26%	Dado direto Tasy mantido
UTI Neonatal	13	11	5	90	8,18	60,00%	Dado direto Tasy mantido
UTI Pediátrica	9	8	3	48	6,00	53,33%	Dado direto Tasy mantido

Unidade	Pacientes	Saídas	Leitos	Pacientes-dia Tasy	MP Tasy	Taxa Tasy	Tratamento
UCIN	9	9	3	23	2,56	25,56%	Dado direto Tasy mantido

Nas UTI's e UCIN, a análise não parte da inexistência absoluta de registros pontuais de Permanência = 0. O ponto central é a baixa materialidade desse efeito: trata-se de unidades com permanência média mais prolongada, menor alternância de leitos e menor volume absoluto de saídas. Por esse perfil, o dado direto do Tasy permanece aderente à rotina assistencial.

Pontos de controle da Análise

Ponto de verificação	Entendimento técnico
O cálculo altera a fórmula contratual?	Não, a fórmula permanece ($\text{Taxa} = \frac{\text{pacientes-dia}}{\text{leitos-dia}} \times 100$). O ajuste ocorre na composição do numerador das enfermarias, diante da limitação observada na extração dos pacientes-dia.
Permanência = 0 significa ausência de ocupação?	Não, o registro zero indica que o relatório não gerou dia estatístico completo; não significa que o leito esteve disponível durante o período.
Por que não usar o mesmo cálculo em todas as unidades?	Porque o efeito material ocorre nas enfermarias de alta rotatividade. Nas UTI's e UCIN, o perfil de permanência prolongada torna o dado direto do Tasy mais aderente ao comportamento assistencial.
O método sempre aumenta a taxa?	Não, na Clínica Pediátrica, a taxa recomposta de 64,0% ficou abaixo da taxa

Ponto de verificação	Entendimento técnico
	Tasy de 74,67%, demonstrando neutralidade metodológica.
Taxa acima de 100% na Clínica Cirúrgica invalida o cálculo?	Não, o valor decorre da aplicação direta da fórmula com média histórica e saídas do mês. Não foi limitado artificialmente a 100%, para preservar a transparência da memória de cálculo.
Qual é a evidência objetiva?	Recortes do relatório Tasy inseridos no documento mostram linhas destacadas com Permanência = 0 nas enfermarias analisadas.

Resultado consolidado institucional

A consolidação de junho/2026 utilizou pacientes-dia recompostos nas quatro enfermarias e pacientes-dia diretos nas unidades críticas e neonatais. O total consolidado foi de 2.162 pacientes-dia, com 84 leitos ativos e 30 dias no mês, resultando em taxa geral estimada de ocupação de 85,8%.

Indicador 01 - Taxa ocupação Pediátrica, Junho 2026.

No relatório Tasy de junho/2026, a Clínica Pediátrica apresentou 102 pacientes, 224 pacientes-dia, 10 leitos ativos, taxa direta de 74,67%, 96 saídas e média de permanência de 2,33 dias.

Para a análise técnica do indicador, foram utilizadas 96 saídas auditadas/apuradas e média histórica de permanência de 2 dias. Assim, os pacientes-dia utilizados no cálculo foram 192, obtidos pela multiplicação das saídas pela média histórica. O denominador foi composto por 10 leitos ativos × 30 dias, totalizando 300 leitos-dia.

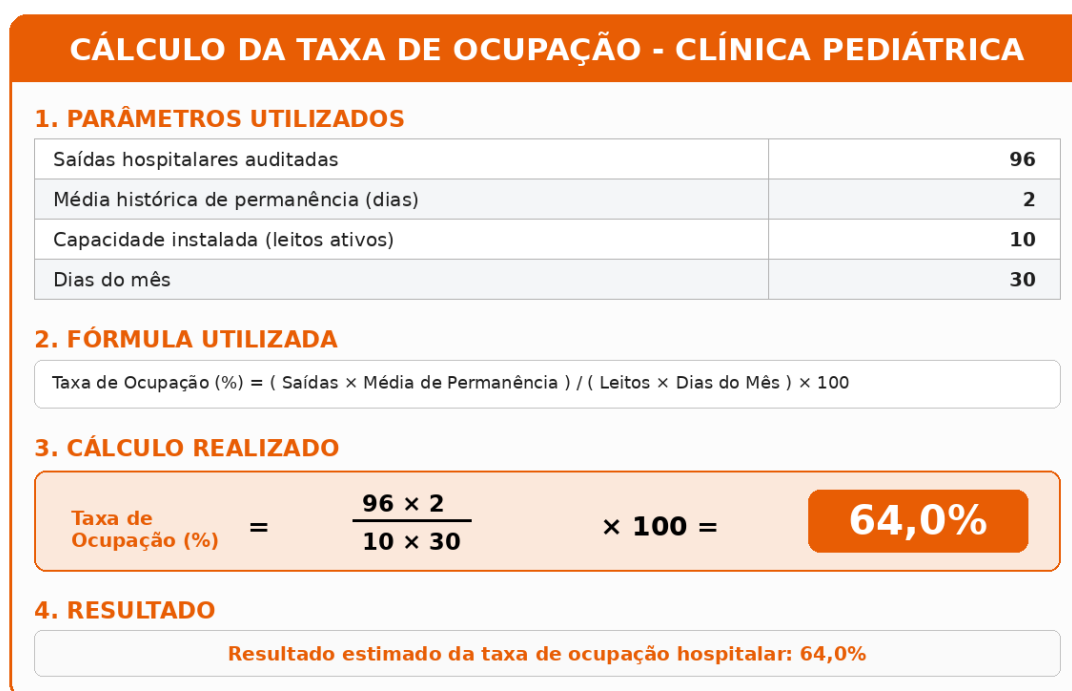


Figura - Memória de cálculo da taxa de ocupação - Clínica Pediátrica.

O resultado apurado foi 64,0%. A unidade pediátrica apresenta elevada rotatividade, com observações clínicas, antibioticoterapia, hidratação venosa e permanências reduzidas. A existência de registros com Permanência = 0 exige cautela na leitura do indicador. Neste mês, a recomposição resultou em taxa inferior à taxa direta do Tasy, demonstrando que o critério não foi aplicado para elevar resultado, mas para manter coerência metodológica entre produção e permanência histórica.

Observação técnica: Neste setor, a média histórica de 2 dias é inferior à média de permanência registrada no Tasy em junho, por isso, a taxa recomposta fica menor que a taxa direta do sistema. Esse achado reforça que o critério aplicado não busca elevar o resultado, mas manter coerência metodológica entre produção, permanência histórica e perfil assistencial da unidade.

Evidência Tasy: Registros com Permanência = 0 - Clínica Pediátrica

O recorte a seguir destaca, em vermelho, registros individuais em que o campo Permanência aparece como 0. Para fins de análise de ocupação, esse registro não deve ser interpretado como inexistência de uso assistencial do leito, mas como limitação do

relatório em transformar permanência inferior a 24 horas ou movimentação interna em paciente-dia estatístico.

Paciente	Atendimento	Dt Entrada Hospital	Entrada Unidade	Saída Unidade	Setor	Leito	Permanência
Agatha Sophia Silva Buava	1914711	22/06/2026	22/06/2026	22/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 A	0
Alice Beatriz Bermudez Franquim	1915981	24/06/2026	24/06/2026	25/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 B	1
Alice Santana Portes	1902569	31/05/2026	01/06/2026	01/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 A	0
Anthony Henrique Lourenço Guerra	1899876	27/05/2026	01/06/2026	02/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 C	1
Arielly Cristina Nicolau Batista	1914100	22/06/2026	22/06/2026	24/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 B	2
Arthur Deryck Palhano Padilha	1909433	12/06/2026	12/06/2026	15/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 B	3
Arthur Felipe de Ramos França	1910949	16/06/2026	16/06/2026	17/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 C	1
Arthur Miguel Gonçalves Padilha	1915452	24/06/2026	24/06/2026	25/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 C	1
Arthur Zamboni Nogueira	1903856	02/06/2026	02/06/2026	04/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 A	2
Aruna Mayte Moreira de Lara	1910952	16/06/2026	16/06/2026	18/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 B	2
Aruna Mayte Moreira de Lara	1910952	16/06/2026	18/06/2026	22/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	206	4
Aurora Pereira da Silva	1902236	31/05/2026	01/06/2026	01/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 A	0
Ayla Nunes de Souza	1904429	03/06/2026	03/06/2026	06/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 B	3
Benicio Claudino Vieira Ramos	1903236	01/06/2026	01/06/2026	03/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 A	2
Benicio Maltezo da Silva	1905976	06/06/2026	06/06/2026	08/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 B	2
Bernardo Duarte de Lima	1913701	21/06/2026	21/06/2026	21/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 C	0
Bernardo Miguel Oliveira Cipriano	1916437	25/06/2026	25/06/2026	26/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 A	1
Carlos Eduardo de Vasconcelos de Olivera	1913304	20/06/2026	20/06/2026	22/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 A	2
Carlos Eduardo de Vasconcelos de Olivera	1913304	20/06/2026	24/06/2026	29/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 C	5
Carlos Eduardo de Vasconcelos de Olivera	1913304	20/06/2026	29/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	206	1
Cecilia Gabrielle de Souza Chebeloski	1912130	17/06/2026	17/06/2026	21/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 B	4
Cristiano de Cristo Camargo	1909471	13/06/2026	13/06/2026	15/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 C	2
D Alessandro dos Anjos Pinheiro	1904034	03/06/2026	03/06/2026	07/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 B	4
Davi Forlin Pereira dos Santos	1918264	29/06/2026	29/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 A	1
Davi Lucca Gonçalves	1904440	03/06/2026	03/06/2026	03/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 B	0
Davi Lucca Gonçalves	1904440	03/06/2026	03/06/2026	06/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 C	3
Davi Luiz Alves Ferreira	1907551	09/06/2026	09/06/2026	09/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 A	0
Davi Luiz Alves Ferreira	1907551	09/06/2026	09/06/2026	10/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 B	1
Davi Rafael de Lara da Rosa	1910316	15/06/2026	15/06/2026	19/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 C	4
Davi Yuri de Oliveira da Luz	1917412	27/06/2026	27/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 C	3
Dyllan Gomes Caris	1907906	10/06/2026	10/06/2026	10/06/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 A	0

Figura - Recorte do Tasy da Clínica Pediátrica, com registros destacados de Permanência = 0.

Interferência no cálculo: Se o registro com Permanência = 0 não compõe pacientes-dia, o numerador da taxa de ocupação pode ficar subapurado. A recomposição por saídas auditadas e média histórica busca corrigir essa limitação sem alterar a lógica da fórmula.

Indicador 02 - Taxa ocupação da Cirurgia, Junho 2026.

No relatório Tasy de junho/2026, a Clínica Cirúrgica apresentou 172 pacientes, 331 pacientes-dia, 13 leitos ativos, taxa direta de 84,87%, 165 saídas e média de permanência de 2,01 dias.

Para a análise técnica do indicador, foram utilizadas 165 saídas auditadas/apuradas e média histórica de permanência de 3 dias. Assim, os pacientes-dia utilizados no cálculo foram 495, obtidos pela multiplicação das saídas pela média histórica. O denominador foi composto por 13 leitos ativos × 30 dias, totalizando 390 leitos-dia.

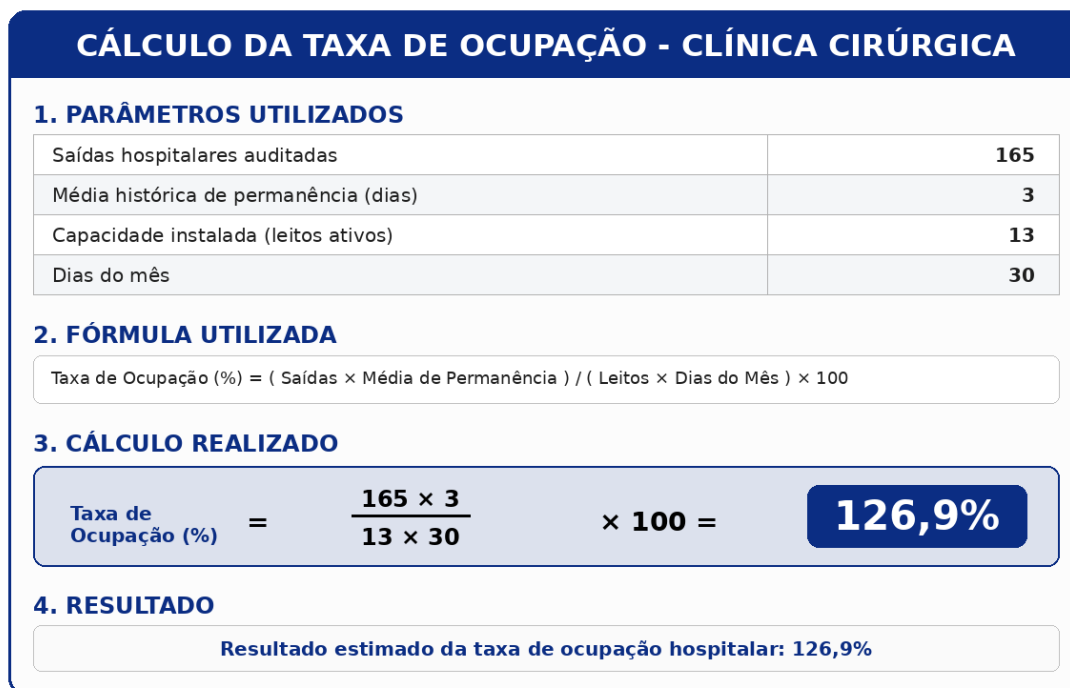


Figura - Memória de cálculo da taxa de ocupação - Clínica Cirúrgica.

O resultado apurado foi 126,9%. A unidade possui perfil de elevada rotatividade cirúrgica, com internações breves, transferências internas, trocas de leito e saídas em curto intervalo. A presença de múltiplos registros com Permanência = 0 reforça a necessidade de leitura complementar da base de pacientes-dia. O resultado não foi limitado artificialmente a 100%, para manter transparência sobre o comportamento matemático da fórmula aplicada.

Observação técnica: o resultado estimado superou 100%. Esse resultado não foi limitado artificialmente, porque a limitação a 100% ocultaria o comportamento matemático da fórmula e reduziria a transparência da análise. Para fins de leitura gerencial, o valor deve ser interpretado como sinal de elevada pressão assistencial sobre a capacidade instalada no mês, associada à alta rotatividade cirúrgica e ao volume de saídas registradas.

Evidência Tasy: registros com Permanência = 0 - Clínica Cirúrgica

O recorte a seguir destaca, em vermelho, registros individuais em que o campo Permanência aparece como 0. Para fins de análise de ocupação, esse registro não deve

ser interpretado como inexistência de uso assistencial do leito, mas como limitação do relatório em transformar permanência inferior a 24 horas ou movimentação interna em paciente-dia estatístico.

Paciente	Atendimento	DI Entrada Hospital	Entrada Unidade	Saída Unidade	Sector	Leito	Permanência
Abel Xavier de Melo	1898317	24/05/2026	01/06/2026	02/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404C	1
Abel Xavier de Melo	1898317	24/05/2026	02/06/2026	03/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 A	1
Abilio Ribeiro Lopes	1912758	18/06/2026	22/06/2026	24/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 C	2
Abraham Jesus Gil Sojo	1909816	13/06/2026	14/06/2026	22/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405B	8
Adacir de Oliveira	1915513	24/06/2026	24/06/2026	24/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 A	0
Adao Andrade de Carvalho	1917816	28/06/2026	28/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404A	2
Ademilson de Moraes Rodrigues	1912819	19/06/2026	19/06/2026	20/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 B	1
Ademir de Souza	1908747	11/06/2026	22/06/2026	23/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405A	1
Adenilson Muniz Cabral	1910982	16/06/2026	16/06/2026	17/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404C	1
Alans Rafael Mata	1914135	22/06/2026	22/06/2026	23/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405C	1
Alessandra de Oliveira	1904689	04/06/2026	04/06/2026	05/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404A	1
Alexandre David Rodrigues de Oliveira	1905242	05/06/2026	05/06/2026	06/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 A	1
Alexandre Oliveira da Silva	1904107	03/06/2026	03/06/2026	04/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 A	1
Almir Lech	1911838	17/06/2026	17/06/2026	18/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405C	1
Ana Ivete de Oliveira	1912688	18/06/2026	19/06/2026	20/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 C	1
Ana Julia da Silva Martins Dias	1907243	09/06/2026	09/06/2026	10/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404A	1
Ana Julia da Silva Martins Dias	1911462	16/06/2026	16/06/2026	16/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 A	0
Andrea Soares Moreira	1908738	11/06/2026	11/06/2026	19/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 B	8
Andrea Soares Moreira	1908738	11/06/2026	19/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 B	11
Andriele Capeta da Cunha	1916425	25/06/2026	25/06/2026	26/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 C	1
Angelina Alburquerque Machado	1917530	28/06/2026	28/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 A	2
Angelita Carlin Leal	1910321	15/06/2026	15/06/2026	15/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 A	0
Antonio Braga dos Santos	1907964	10/06/2026	10/06/2026	10/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 A	0
Antonio Braga dos Santos	1907964	10/06/2026	10/06/2026	10/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404C	0
Antonio Braga dos Santos	1907964	10/06/2026	10/06/2026	11/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 A	1
Antonio Vilson Sluzala	1911605	17/06/2026	17/06/2026	18/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404C	1
Aparecida de Jesus Ferreira da Silva	1911618	17/06/2026	20/06/2026	21/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404B	1
Aparecida de Jesus Ferreira da Silva	1911618	17/06/2026	21/06/2026	22/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404A	1
Atilio Nepomuceno Cardozo	1912205	18/06/2026	18/06/2026	20/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404C	2
Atilio Nepomuceno Cardozo	1912205	18/06/2026	20/06/2026	22/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 C	2
Aureliano Jose dos Santos	1903378	02/06/2026	02/06/2026	05/06/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405B	3

Figura - Recorte do Tasy da Clínica Cirúrgica, com registros destacados de Permanência = 0.

Interferência no cálculo: se o registro com Permanência = 0 não compõe pacientes-dia, o numerador da taxa de ocupação pode ficar subapurado. A recomposição por saídas auditadas e média histórica busca corrigir essa limitação sem alterar a lógica da fórmula.

Indicador 03 - Taxa ocupação da Internação Geral, Junho 2026.

A consolidação de junho/2026 utilizou pacientes-dia recompostos nas quatro enfermarias e pacientes-dia diretos nas unidades críticas e neonatais. O total consolidado foi de 2.162 pacientes-dia, com 84 leitos ativos e 30 dias no mês, resultando em taxa geral estimada de ocupação de 85,8%.

CÁLCULO DA TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR GERAL - JUNHO/2026

1. CONSOLIDAÇÃO UTILIZADA

Pacientes-dia estimados/mantidos por unidade	2.162
Leitos ativos considerados	84
Dias do mês	30
Leitos-dia totais	2.520

2. CÁLCULO REALIZADO

$$\text{Taxa Geral (\%)} = \frac{2.162}{84 \times 30} \times 100 = 85,8\%$$

Resultado estimado da taxa de ocupação hospitalar geral: 85,8%

Figura - Cálculo consolidado da taxa de ocupação hospitalar geral - junho/2026.

O resultado geral deve ser interpretado como estimativa técnica de utilização da capacidade assistencial, produzida com critérios explícitos, rastreáveis e uniformes. A finalidade é permitir leitura objetiva da produção hospitalar sobre uma base mais aderente à ocupação física dos leitos no período.

Indicador 04 - Taxa ocupação da Ginecologia/Obstetrícia, Junho 2026.

No relatório Tasy de junho/2026, a Clínica Obstétrica apresentou 182 pacientes, 379 pacientes-dia, 18 leitos ativos, taxa direta de 70,19%, 170 saídas e média de permanência de 2,23 dias.

Para a análise técnica do indicador, foram utilizadas 170 saídas auditadas/apuradas e média histórica de permanência de 2,5 dias. Assim, os pacientes-dia utilizados no cálculo foram 425, obtidos pela multiplicação das saídas pela média histórica. O denominador foi composto por 18 leitos ativos × 30 dias, totalizando 540 leitos-dia.

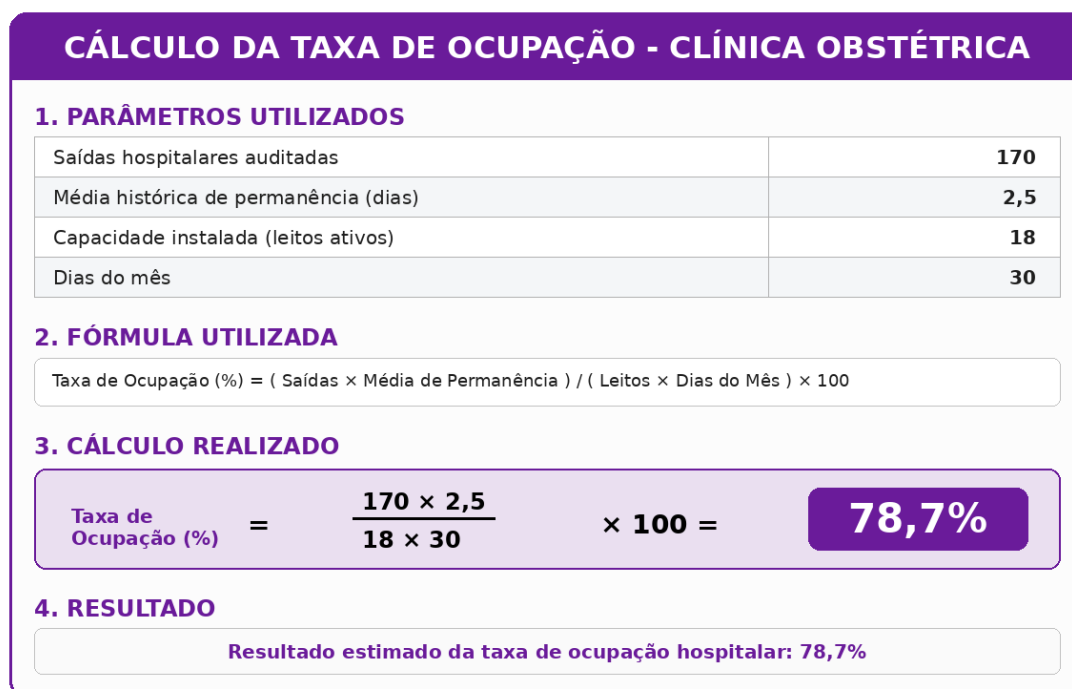


Figura - Memória de cálculo da taxa de ocupação - Clínica Obstétrica.

O resultado apurado foi 78,7%. A unidade de Ginecologia e Obstetrícia ficou abaixo da meta de ocupação prevista no Termo de Referência. Esse resultado precisa ser lido junto ao perfil de funcionamento do serviço: além do atendimento às gestantes do município, a ocupação da unidade depende do volume de encaminhamentos da Rede de Urgência e Emergência e do Complexo Regulador, especialmente para gestantes com perfil compatível com a maternidade de referência.

A menor ocupação, portanto, não decorre apenas da disponibilidade interna de leitos ou da capacidade de atendimento da unidade. Ela também acompanha a dinâmica da rede, os critérios clínicos de regulação, a sazonalidade dos casos obstétricos e o número de gestantes encaminhadas no período. Mantém-se, ainda, a necessidade de leitura técnica dos registros de Permanência = 0, porque o setor apresenta alta rotatividade, partos, puerpério, movimentação do binômio mãe-recém-nascido e permanências curtas, situação que pode reduzir pacientes-dia mesmo com uso efetivo do leito.

Evidência Tasy: registros com Permanência = 0 - Clínica Obstétrica

O recorte a seguir destaca, em vermelho, registros individuais em que o campo Permanência aparece como 0. Para fins de análise de ocupação, esse registro não deve ser interpretado como inexistência de uso assistencial do leito, mas como limitação do

relatório em transformar permanência inferior a 24 horas ou movimentação interna em paciente-dia estatístico.

HMA - Taxa de ocupação da Internação Geral v7							
De 01/06/2026 até 30/06/2026							
Paciente	Atendimento	Dt Entrada Hospital	Entrada Unidade	Saída Unidade	Setor	Leito	Permanência
Adriana Cristine dos Santos	1915969	24/06/2026	24/06/2026	27/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 A	3
Adriele Vieira Bebianio	1902437	31/05/2026	01/06/2026	03/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	507 B	2
Adriele Vieira Bebianio	1913191	19/06/2026	20/06/2026	22/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 B	2
Alihazni Anthonella Bolivar Santana	1913665	21/06/2026	21/06/2026	23/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	501 A	2
Aline da Silva Sales	1905587	05/06/2026	05/06/2026	08/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	505 B	3
Aline Vicente da Silva	1917772	28/06/2026	28/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 A	2
Ana Angelica Bernardes do Carmo de Oliveira	1915783	24/06/2026	25/06/2026	28/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	503 A	3
Ana Cristina Alves Conceicao	1916844	26/06/2026	27/06/2026	28/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	505 A	1
Ana Maria dos Santos de Oliveira	1914446	22/06/2026	23/06/2026	25/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	507 B	2
Ana Paula da Silveira de Lima	1909689	13/06/2026	14/06/2026	16/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	502 B	2
Ana Paula Pires	1913481	20/06/2026	21/06/2026	23/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	503 B	2
Andressa Daniela Souza	1910889	15/06/2026	15/06/2026	17/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	502 A	2
Angelica da Silva Felicio	1901471	29/05/2026	01/06/2026	01/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	501 A	0
Angelica da Silva Felicio	1901471	29/05/2026	01/06/2026	01/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	502 A	0
Angelica da Silva Felicio	1901471	29/05/2026	01/06/2026	01/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	501 B	0
Anney Katharine da Silva Bochnia de Almeida	1914273	22/06/2026	22/06/2026	26/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	502 A	4
Aparecida Juliana Fernandes	1903931	02/06/2026	02/06/2026	07/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	502 B	5
Aparecida Juliana Fernandes	1915700	24/06/2026	24/06/2026	24/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	502 B	0
Aparecida Juliana Fernandes	1915700	24/06/2026	24/06/2026	27/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	509	3
Ariadne Catharine da Silva Kovaleski	1914898	23/06/2026	23/06/2026	24/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 A	1
Aryelle Goncalves Zaleski	1917993	29/06/2026	29/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	507 B	1
Barbara Del Valle Mejia Sanchez	1909168	12/06/2026	13/06/2026	15/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 A	2
Beatriz Micaely Oliveira de Souza	1914456	22/06/2026	23/06/2026	26/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	503 B	3
Bernadete Kimiecki	1907839	09/06/2026	09/06/2026	10/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	508 A	1
Bernadete Kimiecki	1907839	09/06/2026	10/06/2026	12/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	508 A	2
Bianca Aparecida Padilha	1913757	21/06/2026	21/06/2026	23/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	508 B	2
Bianka Gabrielly Costa Bastos	1912519	18/06/2026	18/06/2026	18/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	507 A	0
Bianka Gabrielly Costa Bastos	1912519	18/06/2026	18/06/2026	19/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	503 A	1
Bianka Gabrielly Costa Bastos	1913126	19/06/2026	19/06/2026	23/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	502 B	4
Bianka Gabrielly Costa Bastos	1912519	18/06/2026	19/06/2026	19/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	503 A	0
Bruna Bendlin da Silva	1917777	28/06/2026	28/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 B	2

Figura - Recorte do Tasy da Clínica Obstétrica, com registros destacados de Permanência = 0.

Interferência no cálculo: se o registro com Permanência = 0 não compõe pacientes-dia, o numerador da taxa de ocupação pode ficar sub-apurado. A recomposição por saídas auditadas e média histórica busca corrigir essa limitação sem alterar a lógica da fórmula.

Indicador 05 - Taxa ocupação do UCIN, Junho.2026.

No mês de junho/2026, o relatório Tasy da UCIN apresentou 9 pacientes, 23 pacientes-dia, 3 leitos ativos, 9 saídas, média de permanência de 2,56 dias e taxa de ocupação de 25,56%.

Para esta unidade, foi mantido o cálculo direto do Tasy: $23 \text{ pacientes-dia} \div (3 \text{ leitos} \times 30 \text{ dias}) \times 100 = 25,56\%$. A recomposição por saídas $\times$ média histórica não foi aplicada porque a unidade neonatal intermediária apresentou baixa movimentação absoluta e baixa materialidade de eventuais registros pontuais com Permanência = 0.

O critério adotado é o da materialidade: mesmo que existam movimentações pontuais, o perfil assistencial das unidades críticas reduz o risco de sub-apuração relevante dos pacientes-dia. Assim, a manutenção do dado direto evita substituir um indicador aderente à rotina operacional por estimativa de menor necessidade técnica.

Indicador 06 - Taxa ocupação Internação Clínica, Junho.2026.

No relatório Tasy de junho/2026, a Clínica Médica apresentou 179 pacientes, 531 pacientes-dia, 23 leitos ativos, taxa direta de 76,96%, 162 saídas e média de permanência de 3,28 dias.

Para a análise técnica do indicador, foram utilizadas 162 saídas auditadas/apuradas e média histórica de permanência de 4 dias. Assim, os pacientes-dia utilizados no cálculo foram 648, obtidos pela multiplicação das saídas pela média histórica. O denominador foi composto por 23 leitos ativos × 30 dias, totalizando 690 leitos-dia.

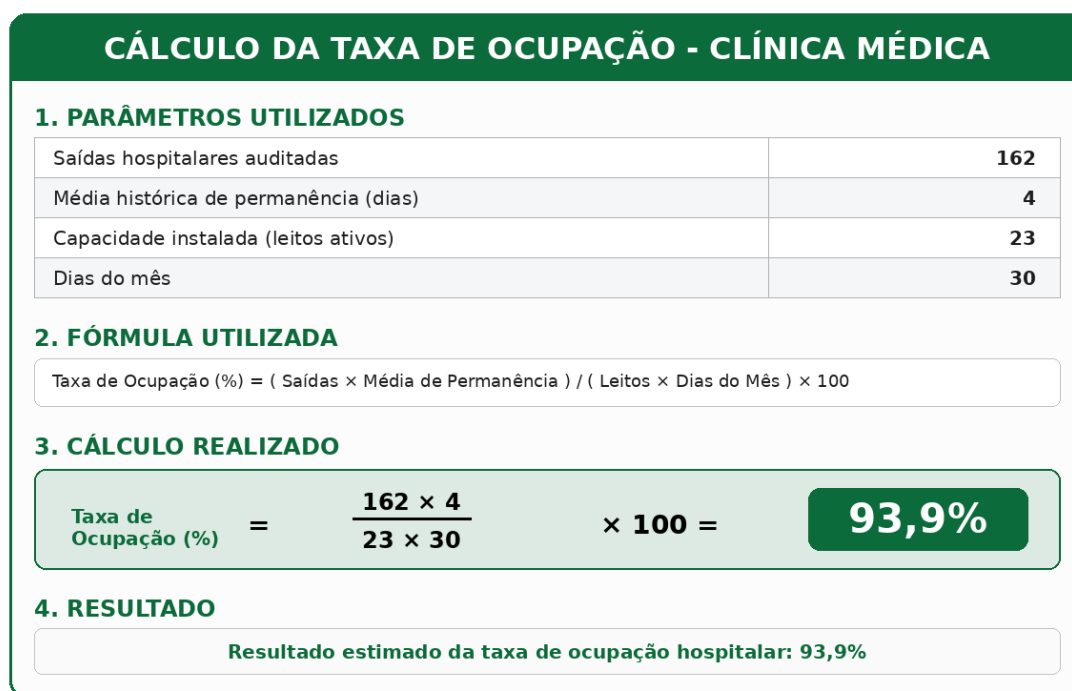


Figura - Memória de cálculo da taxa de ocupação - Clínica Médica.

O resultado apurado foi 93,9%. A unidade possui demanda clínica contínua, com admissões, transferências internas e permanências breves em parte dos atendimentos. A recomposição preserva a lógica assistencial do indicador, evitando que registros de Permanência = 0 reduzam a ocupação representada pelo cálculo.

Evidência Tasy: registros com Permanência = 0 - Clínica Médica

O recorte a seguir destaca, em vermelho, registros individuais em que o campo Permanência aparece como 0. Para fins de análise de ocupação, esse registro não deve ser interpretado como inexistência de uso assistencial do leito, mas como limitação do relatório em transformar permanência inferior a 24 horas ou movimentação interna em paciente-dia estatístico.

Paciente	Atendimento	Dt Entrada Hospital	Entrada Unidade	Saída Unidade	Setor	Leito	Permanência
Adailson da Silva de Souza	1900441	27/05/2026	01/06/2026	02/06/2026	UI - Clínica Médica	303C	1
Ademilton Marcondes Pereira	1902057	30/05/2026	01/06/2026	05/06/2026	UI - Clínica Médica	308	4
Ademir de Souza	1908747	11/06/2026	11/06/2026	22/06/2026	UI - Clínica Médica	305B	11
Adenil Rodrigues da Silva	1908449	10/06/2026	10/06/2026	11/06/2026	UI - Clínica Médica	305B	1
Adenil Rodrigues da Silva	1908449	10/06/2026	11/06/2026	11/06/2026	UI - Clínica Médica	307A	0
Adenil Rodrigues da Silva	1908449	10/06/2026	12/06/2026	12/06/2026	UI - Clínica Médica	307B	0
Adenil Rodrigues da Silva	1908449	10/06/2026	12/06/2026	16/06/2026	UI - Clínica Médica	308	4
Adriana Candida Nassar Silverio	1912299	18/06/2026	18/06/2026	19/06/2026	UI - Clínica Médica	307A	1
Aladir Mercedes Mendes Pinto	1907061	08/06/2026	09/06/2026	14/06/2026	UI - Clínica Médica	301 A	5
Albino Waldemar Muller	1904531	03/06/2026	03/06/2026	09/06/2026	UI - Clínica Médica	303A	6
Alexandre Cardoso da Silva	1901887	30/05/2026	01/06/2026	02/06/2026	UI - Clínica Médica	304C	1
Alexandre Oliveira da Silva	1912803	19/06/2026	22/06/2026	23/06/2026	UI - Clínica Médica	306C	1
Alicleia Alice Kaseker	1910444	15/06/2026	15/06/2026	16/06/2026	UI - Clínica Médica	301 B	1
Alondra de La Caridad Martinez Rodrigues	1901980	30/05/2026	01/06/2026	04/06/2026	UI - Clínica Médica	302 A	3
Amelia Gadonski Deda	1911835	17/06/2026	18/06/2026	18/06/2026	UI - Clínica Médica	307A	0
Ana Carolina Cadena Cardoso	1905367	05/06/2026	05/06/2026	05/06/2026	UI - Clínica Médica	302 C	0
Ana Carolina Cadena Cardoso	1905367	05/06/2026	05/06/2026	05/06/2026	UI - Clínica Médica	304B	0
Ana Carolina Cadena Cardoso	1905367	05/06/2026	05/06/2026	05/06/2026	UI - Clínica Médica	304A	0
Ana Stabach	1913961	21/06/2026	22/06/2026	26/06/2026	UI - Clínica Médica	302 B	4
Ana Stabach	1913961	21/06/2026	26/06/2026	27/06/2026	UI - Clínica Médica	304C	1
Andre Moreira de Souza	1912741	18/06/2026	20/06/2026	25/06/2026	UI - Clínica Médica	303A	5
Angellina Albuquerque Machado	1917530	28/06/2026	28/06/2026	28/06/2026	UI - Clínica Médica	304C	0
Antonio Cardoso dos Santos	1901759	29/05/2026	05/06/2026	08/06/2026	UI - Clínica Médica	302 A	3
Antonio Neres Santana	1917062	27/06/2026	27/06/2026	30/06/2026	UI - Clínica Médica	303B	3
Antonio Rodrigues dos Santos	1913618	20/06/2026	24/06/2026	25/06/2026	UI - Clínica Médica	303B	1
Antonio Rodrigues dos Santos	1913618	20/06/2026	25/06/2026	25/06/2026	UI - Clínica Médica	301 A	0
Antonio Rodrigues dos Santos	1913618	20/06/2026	25/06/2026	26/06/2026	UI - Clínica Médica	303B	1
Antonio Wsolek	1912184	18/06/2026	23/06/2026	23/06/2026	UI - Clínica Médica	305B	0
Antonio Wsolek	1912184	18/06/2026	23/06/2026	26/06/2026	UI - Clínica Médica	309	3
Aparecida de Oliveira Rosa	1915897	24/06/2026	24/06/2026	24/06/2026	UI - Clínica Médica	304C	0
Aparecida de Oliveira Rosa	1915897	24/06/2026	24/06/2026	25/06/2026	UI - Clínica Médica	307A	1

Figura - Recorte do Tasy da Clínica Médica, com registros destacados de Permanência = 0.

Interferência no cálculo: Se o registro com Permanência = 0 não compõe pacientes-dia, o numerador da taxa de ocupação pode ficar sub-apurado. A recomposição por saídas auditadas e média histórica busca corrigir essa limitação sem alterar a lógica da fórmula.

Indicador 07 - Taxa ocupação da UTI Adulto, Junho 2026.

No mês de junho/2026, o relatório Tasy da UTI Adulto apresentou 67 pacientes, 241 pacientes-dia, 9 leitos ativos, 61 saídas, média de permanência de 3,95 dias e taxa de ocupação de 89,26%.

Para esta unidade, foi mantido o cálculo direto do Tasy: $241 \text{ pacientes-dia} \div (9 \text{ leitos} \times 30 \text{ dias}) \times 100 = 89,26\%$. A recomposição por saídas $\times$ média histórica não foi aplicada porque a unidade apresenta permanência média prolongada, menor rotatividade e menor risco de distorção relevante no indicador.

O critério adotado é o da materialidade: mesmo que existam movimentações pontuais, o perfil assistencial das unidades críticas reduz o risco de sub-apuração relevante dos pacientes-dia. Assim, a manutenção do dado direto evita substituir um indicador aderente à rotina operacional por estimativa de menor necessidade técnica.

Indicador 08 - Taxa ocupação da UTI Pediátrica, Junho 2026.

No mês de junho/2026, o relatório Tasy da UTI Pediátrica apresentou 9 pacientes, 48 pacientes-dia, 3 leitos ativos, 8 saídas, média de permanência de 6,00 dias e taxa de ocupação de 53,33%.

Para esta unidade, foi mantido o cálculo direto do Tasy: $48 \text{ pacientes-dia} \div (3 \text{ leitos} \times 30 \text{ dias}) \times 100 = 53,33\%$. A recomposição por saídas $\times$ média histórica não foi aplicada porque a unidade apresenta pequeno número de leitos, pequena quantidade de saídas e permanência média prolongada.

Na UTI Pediátrica, o resultado precisa ser avaliado junto à capacidade de continuidade do cuidado. A instituição dispõe de 3 leitos de UTI Pediátrica; entretanto, o suporte regional a pacientes pediátricos graves exige, após a fase crítica, enfermaria pediátrica com retaguarda de especialidades e continuidade terapêutica especializada. No desenho assistencial atual, essa retaguarda não está estruturada de forma suficiente para sustentar uma linha de cuidado pediátrica de alta complexidade.

Assim, a simples manutenção dos leitos de UTI Pediátrica não garante, por si só, capacidade técnica integral para absorver a rede, uma vez que a alta da terapia intensiva deve ser seguida de tratamento especializado em ambiente pediátrico adequado. Como encaminhamento técnico, será sugerida à Secretaria Municipal de Saúde a avaliação da manutenção prioritária da alta complexidade neonatal, área em que o hospital apresenta maior aderência ao perfil da maternidade, maior continuidade do cuidado horizontalizado e melhor integração entre obstetrícia, neonatologia, UTI Neonatal e UCIN.

Indicador 09 - Taxa ocupação da Unidade Neonatal, Junho 2026.

No mês de junho/2026, o relatório Tasy da UTI Neonatal apresentou 13 pacientes, 90 pacientes-dia, 5 leitos ativos, 11 saídas, média de permanência de 8,18 dias e taxa de ocupação de 60,00%.

Para esta unidade, foi mantido o cálculo direto do Tasy: $90 \text{ pacientes-dia} \div (5 \text{ leitos} \times 30 \text{ dias}) \times 100 = 60,00\%$. A recomposição por saídas $\times$ média histórica não foi aplicada porque a unidade apresenta permanência média prolongada e baixa materialidade de eventuais registros pontuais com Permanência = 0.

O critério adotado é o da materialidade: mesmo que existam movimentações pontuais, o perfil assistencial das unidades críticas reduz o risco de sub-apuração relevante dos pacientes-dia. Assim, a manutenção do dado direto evita substituir um indicador aderente à rotina operacional por estimativa de menor necessidade técnica

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – MÉDIA DE PERMANÊNCIA

Conforme análise dos relatórios assistenciais extraídos do sistema Tasy e dos dados auditados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), observou-se importante variação entre as médias de permanência apresentadas pelo sistema e a realidade operacional assistencial das unidades hospitalares. A seguir, serão apresentados os respectivos indicadores junto aos seus respectivos alcances.

Indicador 10 - Média de Permanência da Pediatria, Junho 2026.

No período analisado, a pediatria apresentou média de permanência de 2,33 dias, resultado dentro da meta estabelecida de até 4 dias. O indicador foi calculado com base em 224 pacientes-dia e 96 saídas. O desempenho demonstra boa rotatividade dos leitos e permanência compatível com o previsto para o setor. Ainda assim, é importante manter o acompanhamento do indicador em conjunto com outros dados assistenciais, para garantir que o tempo de internação esteja adequado às necessidades clínicas dos pacientes e à qualidade da assistência prestada.

Indicador 11 - Média de Permanência da Cirurgia, Junho 2026.

A Clínica Cirúrgica apresentou excelente desempenho, refletindo adequada programação cirúrgica, acompanhamento pós-operatório eficiente e efetividade dos protocolos assistenciais. O resultado demonstra alinhamento entre equipes médicas, enfermagem e NIR, favorecendo alta hospitalar segura e oportuna.

Indicador 12 - Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia, Junho 2026.

No período analisado, a Ginecologia e Obstetrícia apresentou média de permanência de 2,23 dias, permanecendo abaixo da meta de até 4 dias. O resultado foi apurado a partir de 379 pacientes-dia e 170 saídas, demonstrando um tempo de internação compatível com a organização do setor e com o perfil da assistência prestada. O indicador aponta desempenho satisfatório, com permanência dentro do parâmetro estabelecido para a unidade.

Indicador 13 - Média de Permanência da UCIN, Junho 2026.

A UCIN apresentou média de permanência de 2,56 dias, resultado inferior à meta de até 4 dias. No período, foram contabilizados 23 pacientes-dia e 9 saídas, demonstrando permanência compatível com o perfil assistencial da unidade. O indicador permaneceu dentro do parâmetro estabelecido, evidenciando desempenho satisfatório no período analisado.

Indicador 14 - Média de Permanência da Clínica Médica, Junho 2026.

A Clínica Médica apresentou desempenho satisfatório, mantendo média de permanência significativamente inferior ao limite contratual. O resultado evidencia eficiência na condução dos casos clínicos, atuação efetiva das equipes multiprofissionais e adequada articulação com os processos de alta e desospitalização.

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – MÉDIA DE PERMANÊNCIA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Indicador 15 - Média de Permanência da UTI Adulto, Junho 2026.

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto apresentou média de permanência de 3,95 dias, resultado abaixo da meta de até 7 dias. O indicador foi apurado com base em 241 pacientes-dia e 61 saídas, demonstrando boa rotatividade dos leitos e adequada condução dos casos críticos. O desempenho observado reforça a eficiência da gestão assistencial e dos fluxos de transição para outros níveis de cuidado ou alta hospitalar.

Indicador 16 - Média de Permanência da UTI Pediátrica, Junho 2026.

A UTI Pediátrica apresentou resultado amplamente favorável, demonstrando resolutividade dos casos atendidos e adequada utilização da estrutura de terapia intensiva. O indicador evidencia eficiência assistencial e efetividade na recuperação clínica dos pacientes internados.

Indicador 17 - Média de Permanência da UTI Neonatal, Junho 2026.

A Unidade Neonatal apresentou média de permanência de 8,18 dias, resultado inferior à meta contratual de até 14 dias. O indicador foi calculado com base em 90 pacientes-dia e 11 saídas, demonstrando permanência compatível com o perfil de complexidade dos recém-nascidos assistidos. O resultado evidencia acompanhamento clínico adequado e condução assistencial compatível com as necessidades da unidade.

Indicador 18 – Taxa de Suspensão de Cirurgias, Junho 2026.

No período analisado, foram programadas 152 cirurgias eletivas e realizadas 111 cirurgias de urgência, totalizando 263 procedimentos cirúrgicos. Observou-se o registro de 9 cirurgias suspensas, resultando em uma taxa de suspensão de 5,92%, acima da meta estabelecida de 4%.

Ressalta-se que, no período, a unidade passou por um reparo no centro cirúrgico, cujo tempo de execução foi superior ao inicialmente previsto, impactando diretamente na agenda cirúrgica do dia 30/06 e contribuindo para o aumento das suspensões registradas. Informa-se, ainda, que todos os procedimentos suspensos já foram devidamente reagendados para o mês de julho.

Indicador 19 - Proporção de partos vaginais, Junho 2026.

Foram analisados 125 registros de partos referentes ao mês de junho, sendo 63 cesáreas (CST) e 62 partos normais (PN).

Em termos percentuais, o levantamento demonstrou 50,4% de partos cesarianos e 49,6% de partos normais. Observa-se discreta predominância de partos cesarianos em relação aos partos vaginais, com percentual atual ainda fora da meta estabelecida no Termo de Referência da Secretaria Municipal de Saúde, o qual preconiza média assistencial de 65% de partos por via vaginal e 35% de partos cesarianos. Tal cenário

evidência desafio assistencial contínuo relacionado ao perfil epidemiológico, clínico e obstétrico das pacientes atendidas na unidade.

Considerando a análise crítica dos indicadores obstétricos, afirma-se que o Hospital Municipal de Araucária atua como maternidade de referência para gestação de alto risco, recebendo pacientes provenientes não apenas do município, mas também da abrangência da 2ª Regional de Saúde do Paraná. Tal característica assistencial impacta diretamente no perfil obstétrico atendido, justificando a manutenção de percentual expressivo de partos cesarianos, uma vez que parte significativa das pacientes apresenta critérios clínicos e obstétricos que elevam o risco materno-fetal e podem demandar resolução cirúrgica.

Também permanece como fator relevante a dificuldade observada na aceitação do parto vaginal por parte de parcela significativa das gestantes atendidas. Essa situação já havia sido previamente discutida com a Secretaria Municipal de Saúde em meses anteriores, especialmente diante da resistência cultural, do receio relacionado ao parto normal e da preferência inicial de algumas pacientes pela resolução cirúrgica, circunstâncias que podem influenciar a condução assistencial e a decisão obstétrica final.

Soma-se a isso o fato de que muitas pacientes encaminhadas ao HMA, por serem provenientes de municípios de referência secundária e regional, podem não ter realizado acompanhamento pré-natal integral ou adequado na Atenção Primária à Saúde, especialmente no que diz respeito à orientação precoce sobre benefícios, segurança, critérios técnicos e indicações das diferentes vias de parto. Essa limitação assistencial no acompanhamento longitudinal repercute diretamente no desfecho obstétrico final da unidade hospitalar, que recebe frequentemente pacientes já em contexto de maior complexidade clínica e obstétrica.

As siglas utilizadas foram descritas por extenso da seguinte forma: CTG como cardiotocografia, CTC como cardiotocografia, RPMO como rotura prematura de membrana ovular, RCIU como restrição de crescimento intrauterino e INTER como interatividade.

Resumo final

Total de partos analisados: 125

Total de cesáreas (CST): 63

Total de partos normais (PN): 62

Percentual de cesáreas: 50,4%

Percentual de partos normais: 49,6%

Meta assistencial prevista: 65% de partos vaginais e 35% de partos cesarianos.

Relação textual das pacientes submetidas à cesárea e respectiva indicação/motivo

1. L. C. F. — cesárea indicada por emergência.
2. E. F. M. C. — cesárea indicada por desejo materno.
3. D. A. D. C. — cesárea indicada por cesariana anterior.
4. D. R. F. — cesárea indicada por interatividade.
5. S. G. B. — cesárea indicada por interatividade.
6. N. F. G. D. S. — cesárea indicada por distócia de progressão.
7. J. G. D. S. — cesárea indicada por interatividade.
8. C. G. M. — cesárea indicada por cardiotocografia não tranquilizadora.
9. E. B. D. L. — cesárea indicada por recusa materna de indução de trabalho de parto.
10. J. P. B. B. — cesárea indicada por cesariana anterior.
11. V. L. D. S. D. S. — cesárea indicada por desejo materno.
12. G. F. R. — cesárea indicada por parada de progressão.
13. J. M. Z. R. — cesárea indicada por desejo materno.
14. E. R. D. F. — cesárea indicada por parada de progressão.
15. H. A. M. D. S. — cesárea indicada por parada de progressão.

16. S. R. D. S. R. — cesárea indicada por desejo materno.
17. V. B. R. M. — cesárea indicada por desejo materno.
18. M. R. D. S. — cesárea indicada por TPP.
19. I. C. G. D. O. — cesárea indicada por DIP 2.
20. H. R. D. S. — cesárea indicada por parada de progressão.
21. B. K. — cesárea indicada por DMG + INSU + cesariana prévia.
22. T. N. D. S. — cesárea indicada por DIP 2.
23. T. B. V. — cesárea indicada por interatividade.
24. J. D. M. S. D. O. — cesárea indicada por interatividade + LTB.
25. A. D. S. — cesárea indicada por cardiotocografia não tranquilizadora.
26. K. F. C. — cesárea indicada por DMG + falha de indução + DIP 2.
27. M. G. D. S. — cesárea indicada por HAG mau controle + depressão.
28. E. R. D. S. — cesárea indicada por desejo materno.
29. R. G. B. — cesárea indicada por desejo materno.
30. C. K. M. — cesárea indicada por desejo materno.
31. J. B. D. A. S. — cesárea indicada por desejo materno.
32. S. S. S. D. — cesárea indicada por DMG + HAC.
33. T. F. D. N. — cesárea indicada por DMG sem controle + recusa de indução.
34. J. D. S. C. — cesárea indicada por pré-eclâmpsia grave.
35. K. A. G. — cesárea indicada por interatividade / feto pélvico.

36. L. T. R. — cesárea indicada por desejo materno.
37. C. G. C. D. F. — cesárea indicada por DMG + HAC + interatividade.
38. G. D. P. C. — cesárea indicada por HAC / desejo materno.
39. E. D. M. — cesárea indicada por pré-eclâmpsia.
40. K. D. S. R. D. S. — cesárea indicada por desejo materno.
41. N. T. D. C. — cesárea indicada por desejo materno.
42. E. A. D. S. — cesárea indicada por DMG + cesariana prévia.
43. J. B. O. — cesárea indicada por pré-eclâmpsia.
44. A. K. D. S. B. D. A. — cesárea indicada por pré-eclâmpsia + gemelar.
45. A. K. D. S. B. D. A. — cesárea indicada por pré-eclâmpsia + gemelar.
46. E. D. O. R. — cesárea indicada por pré-eclâmpsia.
47. A. C. D. S. — cesárea indicada por cesariana anterior.
48. G. D. S. M. — cesárea indicada por interatividade.
49. L. D. S. — cesárea indicada por cardiotocografia não tranquilizadora.
50. K. S. G. C. — cesárea indicada por falha de progressão.
51. A. C. A. C. — cesárea indicada por interatividade.
52. L. N. D. S. R. — cesárea indicada por gemelar.
53. L. N. D. S. R. — cesárea indicada por gemelar.
54. T. C. T. — cesárea indicada por falha de progressão.
55. G. C. D. L. D. S. — cesárea indicada por interatividade + bolsa rota.

56. R. K. B. — cesárea indicada por cesariana anterior.

57. A. V. D. S. — cesárea indicada por cesariana anterior.

58. B. B. D. S. — cesárea indicada por pélvico.

59. K. A. M. B. — cesárea indicada por desejo materno.

60. T. D. S. A. — cesárea indicada por interatividade + laqueadura.

61. K. T. D. O. — cesárea indicada por interatividade + laqueadura.

62. M. E. R. — cesárea indicada por interatividade + laqueadura.

63. F. L. — cesárea indicada por falha de progressão.

Recusa materna de indução de trabalho de parto: 1 caso.

TPP: 1 caso.

DMG + INSU + cesariana prévia: 1 caso.

Interatividade + LTB: 1 caso.

DMG + falha de indução + DIP 2: 1 caso.

HAG mau controle + depressão: 1 caso.

DMG + HAC: 1 caso.

DMG sem controle + recusa de indução: 1 caso.

Pré-eclâmpsia grave: 1 caso.

Interatividade / feto pélvico: 1 caso.

DMG + HAC + interatividade: 1 caso.

HAC / desejo materno: 1 caso.

DMG + cesariana prévia: 1 caso.

Interatividade + bolsa rota: 1 caso.

Pélvico: 1 caso.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE MORTALIDADE

Indicador 20 – Taxa de Mortalidade Não Institucional, Junho 2026.

P - Planejar

A mortalidade não institucional é acompanhada separadamente por se referir aos óbitos hospitalares ocorridos antes de completar 24 horas da admissão.

Esse indicador é relevante para avaliar principalmente a porta de entrada da unidade, a gravidade de chegada do paciente, a classificação de risco, o tempo até o primeiro atendimento, a estabilização inicial e a necessidade de transferência para maior complexidade.

O objetivo não é atribuir automaticamente esses óbitos à falha assistencial, mas compreender se o fluxo inicial de atendimento foi adequado diante da condição clínica apresentada pelo paciente.

D - Executar

No mês de junho, a unidade registrou:

Saídas hospitalares: 627

Óbitos não institucionais hospitalares: 2 (1 adulto + 1 neonatal precoce)

Cálculo da mortalidade não institucional:

$$2 \div 627 \times 100 = 0,32\%$$

Assim, a taxa de óbitos não institucionais hospitalares no mês de junho foi de 0,32%.

Os dois casos corresponderam a 1 óbito adulto ocorrido antes de 24 horas e 1 óbito neonatal precoce. Portanto, o óbito neonatal integrou tanto o numerador da mortalidade geral quanto o da mortalidade não institucional. O óbito fetal intrauterino foi analisado separadamente e não integrou este cálculo.

C - Checar

A taxa de 0,32% representa percentual baixo em relação ao total de saídas hospitalares e apresentou redução de 0,40 ponto percentual em comparação com abril, quando o indicador foi de 0,72%.

Por se tratar de óbitos ocorridos antes de 24 horas da admissão, a análise deve considerar que os pacientes podem chegar à unidade em condições clínicas avançadas, instáveis ou com doenças graves já em evolução. Esses casos podem refletir gravidade prévia, atraso na procura por atendimento, limitações clínicas irreversíveis ou necessidade de suporte de maior complexidade.

O óbito neonatal precoce ocorreu em contexto de prematuridade extrema, com 22 semanas e 5 dias de gestação, peso de 455 gramas e quadro materno compatível com corioamnionite. O registro foi classificado como justificável, mas deve permanecer submetido à análise materno-infantil, com avaliação do pré-natal, do reconhecimento do quadro infeccioso, da assistência ao parto e das medidas neonatais realizadas.

Ainda que o percentual seja baixo, o indicador permanece importante para avaliar a efetividade da porta de entrada, a rapidez da estabilização, a disponibilidade de recursos e a comunicação entre assistência, regulação e serviços de referência.

A - Agir

A unidade manterá o monitoramento dos óbitos não institucionais, com foco nos processos de admissão e estabilização inicial.

As ações propostas são:

- Avaliar individualmente todos os óbitos ocorridos antes de 24 horas;
- Verificar a classificação de risco atribuída na chegada;

- Monitorar o tempo até o primeiro atendimento médico;
- Avaliar a oportunidade da estabilização inicial e da reanimação;
- Verificar solicitação e realização de exames essenciais;
- Analisar necessidade e tempo de transferência para maior complexidade;
- Reforçar fluxos de atendimento a pacientes graves;
- Revisar o fluxo obstétrico-neonatal dos casos de prematuridade extrema e infecção;
- Qualificar a comunicação entre recepção, enfermagem, equipe médica, obstetrícia, neonatologia e regulação.

O objetivo é fortalecer a resposta assistencial inicial e reduzir riscos evitáveis em pacientes admitidos em condição crítica.

Indicador 21 – Taxa de Mortalidade Institucional, Junho 2026.

P - Planejar

A mortalidade institucional é acompanhada como indicador de qualidade e segurança assistencial. Para este indicador, considera-se óbito institucional aquele ocorrido após 24 horas ou mais da admissão hospitalar.

O cálculo é realizado pela relação entre o número de óbitos institucionais e o total de saídas hospitalares no período. O denominador considera as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito.

O objetivo do monitoramento é avaliar a evolução dos pacientes após a admissão hospitalar, identificar possíveis fragilidades no reconhecimento precoce de agravamento clínico e verificar a efetividade dos protocolos assistenciais.

D - Executar

No mês de junho, a unidade registrou:

Saídas hospitalares: 627

Óbitos institucionais: 15

Cálculo da mortalidade institucional:

$$15 \div 627 \times 100 = 2,39\%$$

Assim, a taxa de mortalidade institucional no mês de junho foi de 2,39%.

Durante o período, os óbitos institucionais foram acompanhados por meio de revisão de prontuários, avaliação dos registros assistenciais e análise das condutas adotadas durante a internação.

C - Checar

A taxa de mortalidade institucional de 2,39% permaneceu abaixo da referência de 3% utilizada no modelo institucional de análise. Em relação a abril, quando o indicador foi de 2,17%, ocorreu aumento de 0,22 ponto percentual, sem ultrapassar o parâmetro de referência.

Dos 15 óbitos institucionais, 8 ocorreram na UTI, 6 na Clínica Médica e 1 no SLPI. O tempo de permanência registrado variou de 1 a 17 dias, com mediana de 5 dias. Seis casos estavam assinalados como cuidados paliativos, demonstrando participação relevante de pacientes com doenças avançadas, fragilidade clínica ou contexto de terminalidade.

Os registros analisados evidenciam quadros de elevada gravidade, incluindo choque séptico e cardiogênico, insuficiência respiratória, cirrose descompensada, doença crônica avançada, abdome agudo e deterioração hemodinâmica. Esses elementos contextualizam os desfechos, mas não substituem a avaliação individual da oportunidade diagnóstica e terapêutica.

Não foi evidenciada elevação crítica da mortalidade institucional no período. Entretanto, dois casos permaneciam sem parecer final, impedindo o encerramento técnico integral da análise até que sejam revisados pela comissão responsável.

A - Agir

A unidade manterá a revisão sistemática dos óbitos institucionais, com foco na qualificação da assistência prestada aos pacientes internados.

As ações propostas são:

- Manter análise individual dos prontuários de óbitos institucionais;
- Finalizar os pareceres pendentes e registrar a conclusão técnica no acompanhamento mensal;
- Reforçar o reconhecimento precoce de deterioração clínica;
- Monitorar adesão aos protocolos de sepse, insuficiência respiratória e demais condições críticas;
- Avaliar tempo de resposta da equipe médica e multiprofissional;
- Fortalecer a comunicação entre enfermagem, UTI, equipe médica, NIR e apoio diagnóstico;
- Revisar critérios, registro e comunicação de cuidados paliativos;
- Qualificar os registros em prontuário e a cadeia causal da Declaração de Óbito;
- Discutir casos com potencial de melhoria em comissão técnica;
- Implementar ações corretivas quando identificadas falhas de processo.

A continuidade do monitoramento permitirá acompanhar a tendência do indicador e fortalecer as práticas de segurança do paciente.

Indicador 22 – Taxa de Mortalidade Materna Institucional, Junho 2026.

P - Planejar

A mortalidade materna é acompanhada como indicador prioritário da qualidade da assistência obstétrica e da segurança da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

O objetivo do monitoramento é identificar precocemente riscos maternos, acompanhar intercorrências obstétricas, avaliar a adesão aos protocolos assistenciais e garantir encaminhamento oportuno para serviços de maior complexidade quando necessário.

Mesmo na ausência de óbitos, o indicador deve permanecer em vigilância contínua, pois a não ocorrência de evento não elimina o risco assistencial.

D - Executar

No mês de junho, a unidade não registrou óbito materno.

Óbitos maternos: 0

Durante o período, foram mantidas as rotinas assistenciais relacionadas ao atendimento obstétrico, identificação de sinais de risco, acompanhamento clínico das gestantes e puérperas, manejo de intercorrências e avaliação de necessidade de transferência para maior complexidade.

C - Checar

A ausência de óbito materno em junho representa resultado favorável para a assistência materna prestada pela unidade e mantém o resultado observado em abril.

Entretanto, o resultado deve ser interpretado como parte de um processo contínuo de vigilância. A análise da mortalidade materna não deve ocorrer apenas diante da presença de óbito, mas também por meio do acompanhamento de situações de risco, near miss materno, intercorrências obstétricas, hemorragias, síndromes hipertensivas, infecções, sepse, complicações puerperais e necessidade de transferência.

Os eventos fetal e neonatal identificados no mês não correspondem a óbito materno, mas reforçam a importância da integração entre pré-natal, obstetrícia, neonatologia, vigilância epidemiológica e rede de referência.

A - Agir

A unidade manterá ações preventivas e de vigilância contínua para redução do risco materno.

As ações propostas são:

- Manter monitoramento dos atendimentos obstétricos;
- Reforçar identificação precoce de sinais de risco materno;
- Garantir adesão aos protocolos de hemorragia, hipertensão, sepse e intercorrências obstétricas;
- Avaliar necessidade de transferência oportuna para maior complexidade;
- Qualificar registros assistenciais obstétricos;
- Monitorar casos graves e near miss materno;
- Promover discussão técnica de intercorrências relevantes;
- Fortalecer a comunicação entre equipe médica, enfermagem, regulação e rede de referência.

A ausência de óbito materno deve ser mantida como resultado desejável, com continuidade das ações preventivas e da vigilância assistencial.

Mortalidade Neonatal e Análise do Óbito Fetal

P - Planejar

Os óbitos neonatal e fetal exigem análise específica, considerando suas definições, fatores de risco, denominadores e fluxos assistenciais. O óbito neonatal precoce, por corresponder a paciente nascido vivo que evoluiu para óbito, também integra os indicadores hospitalares gerais quando compõe uma saída hospitalar por óbito.

O objetivo é avaliar a assistência pré-natal, o acesso oportuno à maternidade, o reconhecimento de sinais de alarme, a assistência ao parto, a estabilização neonatal, a qualidade dos registros e a articulação com a vigilância epidemiológica.

D - Executar

A análise realizada identificou dois eventos materno-infantis:

1 óbito neonatal precoce, incluído nos cálculos da mortalidade geral e da mortalidade não institucional;

1 óbito fetal intrauterino / natimorto, analisado separadamente.

O óbito fetal ocorreu após relato de ausência de movimentação fetal por dois dias, com ultrassonografia evidenciando óbito intrauterino, hidropsia fetal, derrame pleural bilateral e ascite. Foi realizada indução do trabalho de parto, com evolução para parto vaginal.

O óbito neonatal precoce ocorreu após parto com 22 semanas e 5 dias de gestação, peso de 455 gramas e contexto de infecção intra-amniótica/corioamnionite. O recém-nascido nasceu vivo e evoluiu para óbito neonatal precoce. A análise técnica classificou os dois eventos materno-infantis como justificáveis.

C - Checar

Os eventos apresentaram condições clínicas de extrema gravidade e alto risco de desfecho desfavorável. A classificação como justificável é compatível com os dados resumidos, porém não dispensa a revisão integral dos prontuários materno e neonatal, da linha do tempo assistencial e dos registros de comunicação com a família.

No caso fetal, devem ser avaliados o acompanhamento pré-natal, a orientação sobre movimentação fetal, o tempo entre o início dos sinais de alerta e a procura por atendimento, a investigação da hidropsia e o adequado registro e notificação do óbito fetal.

No caso neonatal, devem ser avaliados o reconhecimento e manejo da corioamnionite, a assistência ao trabalho de parto prematuro, as medidas de reanimação e conforto neonatal, os critérios de viabilidade, a comunicação compartilhada com a família e a completude das informações nos sistemas de vigilância.

O óbito neonatal precoce foi incluído nos cálculos hospitalares: compôs o total de 17 óbitos da mortalidade geral ($17 \div 627 \times 100 = 2,71\%$) e o total de 2 óbitos da mortalidade

não institucional ($2 \div 627 \times 100 = 0,32\%$). Não foi calculada uma taxa neonatal específica por 1.000 nascidos vivos, pois o total de nascidos vivos não foi informado. O óbito fetal permaneceu fora desses numeradores.

A - Agir

As ações propostas para o eixo materno-infantil são:

- Submeter os dois casos à revisão conjunta da Comissão de Óbitos e da equipe materno-infantil;
- Conferir idade gestacional, peso ao nascer, condições de nascimento e critérios de classificação;
- Revisar prontuários do pré-natal, admissão obstétrica, parto e atendimento neonatal;
- Reforçar orientações às gestantes sobre redução ou ausência de movimentos fetais;
- Revisar protocolos de corioamnionite, trabalho de parto prematuro e antibioticoterapia;
- Avaliar disponibilidade, registro e execução das medidas de reanimação neonatal e cuidados de conforto;
- Garantir notificação e preenchimento adequado da Declaração de Óbito.
- Fortalecer o acolhimento e o suporte à família diante de perda fetal ou neonatal;
- Compartilhar oportunidades de melhoria com a Atenção Primária e a rede de referência.

Indicador 23 – Taxa de Mortalidade Cirúrgica, Junho 2026.

P - Planejar

A mortalidade cirúrgica é monitorada como indicador de efetividade e segurança da assistência cirúrgica. O indicador relaciona o número de óbitos de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico ao total de procedimentos realizados no período.

A análise deve considerar fatores como condição clínica pré-operatória, idade, comorbidades, tipo de procedimento, caráter da cirurgia - eletiva, urgência ou emergência -, risco anestésico, tempo de resposta, complexidade do caso, registros assistenciais e evolução pós-operatória.

O objetivo do acompanhamento é identificar oportunidades de melhoria nos processos cirúrgicos, desde a indicação do procedimento até o acompanhamento pós-operatório.

D - Executar

No mês de junho, a unidade registrou:

Total de cirurgias realizadas: 316

Óbitos cirúrgicos: 2

Cálculo da mortalidade cirúrgica:

$$2 \div 316 \times 100 = 0,63\%$$

Assim, a taxa de mortalidade cirúrgica no mês de junho foi de 0,63%.

A análise técnica dos dois casos, ambos relacionados a quadros abdominais agudos e graves, com necessidade de abordagem cirúrgica e suporte intensivo, classificou os desfechos como justificáveis.

C - Checar

O resultado de 0,63%, analisado de forma bruta, representa aumento de 0,06 ponto percentual em relação a média, quando a taxa gira em torno de 0,57%. Entretanto, a comparação deve considerar o pequeno número absoluto de eventos e o aumento do volume cirúrgico.

Os casos envolveram condições de elevada gravidade, incluindo abdome agudo obstrutivo, pneumoperitônio, perfuração gástrica, deterioração hemodinâmica e necessidade de UTI. A revisão registrada classificou os dois óbitos como justificáveis diante da complexidade clínica e cirúrgica.

Nos registros disponíveis, não foram identificados elementos conclusivos de falha assistencial direta relacionada aos desfechos. Ainda assim, por se tratarem de eventos sentinela para a assistência cirúrgica, os casos devem permanecer registrados e discutidos como oportunidade de aprendizado institucional, com verificação da oportunidade do diagnóstico, tempo até a cirurgia, antibioticoterapia, controle de foco, suporte anestésico e vigilância pós-operatória.

A - Agir

A unidade manterá a análise dos óbitos cirúrgicos e o acompanhamento dos processos relacionados à segurança cirúrgica.

As ações propostas são:

- Manter discussão dos óbitos cirúrgicos em comissão técnica;
- Avaliar indicação cirúrgica e oportunidade do procedimento;
- Verificar o tempo entre diagnóstico, decisão operatória e início da cirurgia;
- Revisar registros pré-operatórios, intraoperatórios e pós-operatórios;
- Monitorar pacientes cirúrgicos de maior risco clínico;
- Reforçar a aplicação do protocolo de cirurgia segura;
- Avaliar antibioticoterapia, controle de foco e suporte hemodinâmico nos casos de sepse abdominal;
- Fortalecer a comunicação entre equipe cirúrgica, anestésica, enfermagem, clínica e UTI;
- Acompanhar intercorrências pós-operatórias e sinais de deterioração clínica;

- Identificar oportunidades de melhoria nos fluxos cirúrgicos.

Mesmo com os casos classificados como justificáveis, a manutenção do monitoramento contribui para aprimorar a segurança e a qualidade da assistência cirúrgica.

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

Indicador 24 – Acolhimento com classificação de risco em no mínimo 98% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento, Junho 2026.

A meta contratual estabelecida exige que, no mínimo, 98% dos usuários atendidos passem por classificação de risco, em junho de 2026, a instituição superou a meta estipulada, atingindo o índice de 98,93%. Ao todo, foram realizados 10.697 atendimentos no período, dos quais 10.593 foram devidamente classificados via prontuário eletrônico. Os casos remanescentes que não receberam a classificação prévia decorrem de instabilidades no sistema Tasy ou de atendimentos de emergência imediata, nos quais o registro é realizado posteriormente devido à gravidade do paciente. Abaixo, os dados do mês estratificados por unidade assistencial para detalhamento do cenário:

Dados Estratificados por Unidade

- Pronto Atendimento Infantil (PAI): 7.747 atendimentos (63 sem classificação);
- Pronto Socorro Obstétrico (PSO): 983 atendimentos (11 sem classificação);
- Pronto Socorro Geral (PSG): 1.967 atendimentos (40 sem classificação).

Indicador 25 – Tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco menor ou igual a 8 minutos, Junho 2026.

Este indicador monitora o tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco nos Prontos Socorros, cuja meta contratual estipula o limite máximo de 8 minutos de espera

Em junho de 2026, a instituição demonstrou alta eficiência operacional ao registrar um tempo médio global de 04 minutos e 29 segundos, operando com ampla margem de segurança. No período, foram realizados 10.697 atendimentos totais, com todas as unidades assistenciais cumprindo integralmente a meta estabelecida:

Pronto Atendimento Infantil (PAI): 7.747 atendimentos | Tempo médio de 07min 45s.

Pronto Socorro Geral (PSG): 1.967 atendimentos | Tempo médio de 03min 17s.

Pronto Socorro Obstétrico (PSO): 983 atendimentos | Tempo médio de 02min 57s.

Os resultados consolidam a rapidez e a segurança no acolhimento inicial, garantindo a priorização adequada dos atendimentos com base no risco clínico.

Indicador 26 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Pouco Urgente conforme a classificação de risco, Junho 2026.

O indicador que monitora o tempo médio de atendimento médico para pacientes classificados como Azul (Não Urgente), cuja meta assistencial estabelece tempo máximo de espera de até 4 horas (04:00:00), demonstra desempenho altamente satisfatório e amplamente dentro dos parâmetros preconizados. No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:57:45, resultado significativamente inferior ao limite estabelecido, representando aproximadamente 23,96% do tempo máximo permitido. Esse desempenho evidencia elevada eficiência na gestão do fluxo assistencial, mesmo considerando que pacientes dessa classificação possuem menor prioridade clínica.

Foram atendidos, no total, 628 pacientes classificados como azul, distribuídos entre os setores assistenciais. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) realizou 183 atendimentos, com tempo médio de 00:05:29, destacando-se pelo excelente desempenho e rapidez no atendimento, refletindo um fluxo altamente eficiente e bem estruturado. O Pronto Socorro Obstétrico (PSO) atendeu 106 pacientes, apresentando tempo médio de 00:26:43, também mantendo um desempenho bastante satisfatório e muito abaixo do limite estabelecido.

O Pronto Socorro Geral (PSG), por sua vez, registrou 339 atendimentos com tempo médio de 00:15:17 apresentando melhora expressiva no tempo meta de até 4 horas, indicando conformidade e capacidade de absorção da demanda, ainda que com possibilidade de otimização dos fluxos internos para redução dessa variação.

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

Indicador 27 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Pouco Urgente conforme a classificação de risco, Junho 2026.

O indicador que monitora o tempo médio de atendimento médico para pacientes classificados como Verde (Pouco Urgente), cuja meta assistencial preconiza tempo de espera de até 2 horas (02:00:00), demonstra desempenho extremamente satisfatório e amplamente aderente ao parâmetro estabelecido. No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:51:01, resultado significativamente inferior ao limite máximo, representando apenas cerca de 42% do tempo permitido. Esse desempenho evidencia elevada eficiência operacional e excelente capacidade de gestão do fluxo assistencial, mesmo diante de um volume expressivo de 8.752 pacientes classificados nessa categoria.

A análise por setor reforça esse cenário positivo. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) concentrou o maior volume de atendimentos, com 6.734 pacientes, e apresentou o melhor desempenho, com tempo médio de 00:12:25, demonstrando alta resolutividade, fluidez no atendimento e adequado dimensionamento de equipe. O Pronto Socorro Geral (PSG), com 1.399 atendimentos, registrou tempo médio de 00:16:44, enquanto o Pronto Socorro Obstétrico (PSO), com 619 atendimentos, apresentou tempo médio de 00:27:18. Ambos os setores, embora com tempos superiores ao PAI, mantêm-se muito abaixo do limite de 2 horas, evidenciando organização dos processos e capacidade de resposta compatível com a demanda assistencial.

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

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

Indicador 28 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Urgente conforme a classificação de risco, Junho 2026.

O indicador que monitora o tempo médio de atendimento médico para pacientes classificados como Amarelo (Urgente) evidencia um desempenho robusto, consistente e plenamente aderente à meta contratual de até 60 minutos (01:00:00). No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:30:00, posicionando-se significativamente abaixo do limite estabelecido e utilizando aproximadamente 50 % do tempo máximo permitido. Esse resultado demonstra não apenas conformidade, mas também eficiência operacional na condução dos fluxos assistenciais voltados aos pacientes de urgência intermediária, garantindo atendimento em tempo oportuno e com segurança clínica.

No total, foram atendidos 1.910 pacientes classificados como amarelo, volume expressivo que reforça a relevância do indicador para avaliação da capacidade de resposta institucional. A análise estratificada por setor evidencia desempenhos distintos, porém, de modo geral, alinhados às diretrizes assistenciais. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) concentrou o maior volume de atendimentos (1.167 pacientes) e apresentou o melhor desempenho, com tempo médio de 00:26:52, correspondendo a apenas 44% do tempo limite. Esse resultado reflete elevada resolutividade, fluxo bem estruturado e adequado dimensionamento de equipe, possibilitando rápida absorção da demanda.

O Pronto Socorro Obstétrico (PSO), com 177 atendimentos, apresentou tempo médio de 00:37:46, também dentro de um patamar confortável e seguro, utilizando cerca de 52% do limite contratual. Esse desempenho indica estabilidade operacional e adequada organização do processo assistencial para este perfil de pacientes, mantendo equilíbrio entre demanda e capacidade instalada.

Por sua vez, o Pronto Socorro Geral (PSG) registrou 566 atendimentos e tempo médio de 00:43:29, sendo o setor com maior tempo de espera entre os analisados e mais próximo do limite estabelecido, atingindo aproximadamente 72% do tempo máximo



GESTÃO EM SAÚDE



permitido. Embora ainda dentro da conformidade, esse resultado sinaliza maior pressão assistencial, possivelmente associada à maior complexidade dos casos, variabilidade no perfil clínico dos pacientes e maior volume de demanda espontânea. Tal cenário também se deve a período de treinamento e implantação da nova classificação de risco com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, não fugindo da necessidade de monitoramento contínuo e análise mais aprofundada dos fluxos internos, com vistas à identificação de oportunidades de melhoria, como otimização de processos, redistribuição de equipe ou ajustes no acolhimento e classificação de risco.

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

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

Indicador 29 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Muito Urgente conforme a classificação de risco, Junho 2026.

O indicador que monitora o tempo médio de espera para pacientes classificados como Laranja (Muito Urgente), apresentou um desempenho de extrema estabilidade e eficiência, mantendo-se rigorosamente dentro da meta contratual de 10 minutos (00:10:00). Na comparação entre os meses de Abril e Maio de 2026, o tempo médio de espera permaneceu em 00:08:00 mesmo com o aumento expressivo do número de atendimentos. Esse resultado demonstra uma prontidão imediata da equipe assistencial para casos de alta prioridade clínica, utilizando apenas 80% do tempo limite estabelecido. No mês de Maio, a unidade registrou um total de 402 atendimentos nesta categoria, com a seguinte distribuição por pronto-socorro: PAI: 314 atendimentos, PSG: 66 atendimentos e PSO: 22 atendimentos. A concentração expressiva de casos "Muito Urgentes" no PA Infantil (80,9% do total laranja) reforça a importância da agilidade assistencial e do suporte especializado



GESTÃO EM SAÚDE



pediátrico na unidade. A manutenção do tempo de espera em 8 minutos. O fluxo de atendimento para casos críticos está consolidado e não sofre impacto negativo de oscilações na demanda geral. Em conclusão, o indicador apresenta plena conformidade, garantindo o atendimento rápido necessário para a estabilização de pacientes com risco iminente, conforme preconizado no contrato de gestão.

Indicador 30 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Emergência conforme a classificação de risco, Junho 2026.

O indicador que estabelece a obrigatoriedade de atendimento imediato (00:00:00) para pacientes classificados como Vermelho (Emergência), apresenta um desempenho de excelência absoluta, mantendo o cumprimento integral da meta.

A análise comparativa entre Abril e Maio 2026 demonstra a manutenção do padrão de resposta instantânea, com tempo de espera nulo em ambos os períodos, garantindo a assistência imediata em casos de risco iminente de morte. No mês de Maio, a unidade registrou 5 atendimentos nesta categoria crítica, o que representa uma manutenção na média de atendimentos em relação aos 4 casos atendidos em Abril. O detalhamento da demanda por unidade em Maio revela a seguinte distribuição: PAI: 03 pacientes, PSG: 01 pacientes e PSO: 01 paciente. Embora o volume de casos de emergência seja numericamente inferior às demais classificações de risco, a complexidade desses atendimentos exige prontidão total das equipes assistenciais e disponibilidade imediata de recursos tecnológicos e humanos. A capacidade da instituição em manter o tempo de espera zerado, independentemente da unidade (Geral, Infantil ou Obstétrica), ratifica a eficiência dos protocolos de recepção e estabilização de pacientes críticos. Em suma, o indicador permanece em conformidade estrita com o Plano de Trabalho, evidenciando a segurança assistencial e a priorização efetiva da vida conforme preconizado nas diretrizes de urgência e emergência do contrato de gestão.

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

Indicador 31 – Tempo Médio Permanência no PS Geral, Junho 2026.

O presente indicador tem como objetivo monitorar o tempo médio de permanência dos pacientes no Pronto-Socorro Geral (PSG), sendo calculado a partir da soma dos tempos de permanência dividida pelo número de pacientes internados via pronto atendimento. A meta estabelecida no contrato de gestão é manter o tempo médio de permanência inferior a 12 horas, parâmetro importante para garantir a rotatividade de leitos, a fluidez do atendimento e a segurança assistencial. No mês de Maio de 2026, o tempo médio de permanência no PSG foi de 01:18:27 horas, resultado que permanece significativamente abaixo da meta pactuada, demonstrando desempenho satisfatório do serviço e adequada gestão do fluxo assistencial. Em comparação com o mês de Março de 2026, quando o indicador apresentou tempo médio de 03:30:00 horas, observa-se redução de 116 minutos no tempo médio de permanência nos dois meses subsequentes, evidenciando melhoria na dinâmica de atendimento e maior agilidade na condução dos casos clínicos e encaminhamentos necessários. Importante destacar que, com a transição da gestão para a nova Organização Social, houve reorganização do modelo assistencial no Pronto-Socorro Geral.

Atualmente, o setor conta com um médico dedicado ao atendimento da sala de emergência e um médico responsável pelo atendimento das fichas de demanda espontânea, organização que contribui para maior resolutividade e melhor distribuição da carga assistencial. Além disso, muitos pacientes atendidos no PSG necessitam de avaliação especializada, especialmente das equipes de cirurgia geral e ortopedia. Nesses casos, o fluxo assistencial tem sido otimizado por meio da atuação da equipe de enfermagem na classificação de risco, que em determinadas situações já direciona o paciente para avaliação do especialista conforme critérios clínicos, reduzindo etapas intermediárias do atendimento e favorecendo maior agilidade na tomada de decisão.

A ampliação deste recurso humano possibilitou: a redução do tempo de espera para avaliação médica; maior agilidade na definição de condutas e encaminhamentos; melhor distribuição da demanda entre os profissionais; redução de sobrecarga assistencial e maior fluidez no fluxo de pacientes dentro do pronto-socorro. Dessa forma, observa-se que as melhorias organizacionais implementadas na estrutura assistencial e a ampliação da equipe médica contribuem diretamente para a manutenção do indicador em níveis satisfatórios e para a qualificação do atendimento prestado à população. Conclui-se, portanto, que o resultado apresentado no mês de Maio demonstra desempenho assistencial adequado e evolução positiva em relação ao mês anterior, mantendo o indicador

amplamente dentro da meta contratual e refletindo os avanços organizacionais decorrentes da nova estrutura de gestão e do fortalecimento das equipes assistenciais.

Indicador 32 – Tempo Médio Permanência no PS Obstétrico, Junho 2026.

A análise do indicador Manter o tempo médio de permanência no PS Obstétrico até 12 horas revela um cenário de alta eficiência operacional e plena conformidade com as metas pactuadas no contrato de gestão. O acompanhamento da série histórica demonstra que a unidade mantém o tempo de permanência significativamente abaixo do limite máximo estabelecido, o que reflete a agilidade nos processos de triagem, diagnóstico e tomada de decisão clínica. Ao realizar o comparativo entre os meses de Abril e Maio de 2026, observa-se uma variação pontual nos resultados. Em Abril, o tempo médio registrado foi de 01:38:59, enquanto em Maio o indicador fechou em 01:31:06.

Esta diminuição de 7 minutos caracteriza-se como uma otimização da rotina de pronto atendimento, podendo ser atribuída a fatores sazonais, ao perfil de gravidade das pacientes admitidas no período ou ao tempo de resposta de exames complementares. O resultado de Maio de 2026 permanece extremamente satisfatório, representando apenas 11,5% do teto máximo de 12 horas. A manutenção de um tempo médio de 1,3 horas no Pronto Socorro Obstétrico é um indicador indireto de qualidade assistencial e segurança do paciente, pois: otimiza o fluxo de atendimento, pois evita a aglomeração na unidade de emergência e garante o giro de leitos necessário para a demanda espontânea, reduz riscos assistenciais a desospitalização ágil ou o encaminhamento rápido para a internação definitiva minimiza a exposição das gestantes a ambientes de alta rotatividade e reflete na eficiência assistencial

Indicador 33 – Tempo Médio Permanência no PA Infantil, Junho 2026.

O indicador que monitora o tempo médio de permanência no Pronto Atendimento Infantil (PAI) com a meta de manter o fluxo assistencial em até 12 horas, apresenta um desempenho sólido e consistente com as diretrizes do contrato de gestão. A análise dos dados demonstra que a unidade opera com uma margem de eficiência elevada, mantendo os tempos médios de permanência significativamente inferiores ao limite estabelecido. No comparativo entre os meses de Abril e Maio de 2026, observa-se uma variação levemente ascendente no indicador, resultado do aumento de atendimentos apresentado. Enquanto em Abril o tempo médio registrado foi de 01:05:26

Esta variação mostra que mesmo com o aumento da demanda de pacientes no setor, indica uma notável agilidade operacional no período de transição entre os meses. Tal performance sugere que os processos de triagem, observação clínica e encaminhamento para internação ou alta estão devidamente integrados, garantindo que o paciente pediátrico receba o desfecho assistencial de forma célere.

A manutenção desses índices abaixo das 12 horas é fundamental para a gestão de riscos na pediatria, pois: previne a superlotação pois a agilidade no giro de leitos do PAI garante capacidade de resposta para novos atendimentos de urgência, garante a Qualidade Assistencial o que reduz o tempo de permanência de crianças em ambientes de pronto atendimento, que são naturalmente mais dinâmicos e estressantes, favorecendo a segurança do paciente e otimiza os recursos o que demonstra eficácia na aplicação da fórmula de cálculo, que correlaciona o tempo total de permanência ao número de pacientes efetivamente internados via PA. Em conclusão, o indicador I26 cumpre integralmente o Plano de Trabalho estabelecido, assegurando que a unidade continue oferecendo um fluxo de atendimento ágil e seguro, mesmo diante das variações de demanda típicas do período sazonal pediátrico.

INDICADORES – SEGURANÇA DO PACIENTE

Indicador 34 – Taxa Global de Infecção Hospitalar, Junho 2026.

No mês de junho, foram realizadas 21 buscas ativas (via WhatsApp/chamadas) e 63 análises laboratoriais, totalizando 84 investigações. A partir desse trabalho, foram identificadas 2 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Para esta cálculo, consideramos o total de 627 saídas hospitalares (altas e óbitos), a qual resultou no período a taxa global de IRAS de 0,31%.

Perfil das Infecções Notificadas:

- PAV: 0
- IPCSL: 1 caso (Clínica Médica) – Staphylococcus aureus MRSA
- ITU-AC: 0
- ISC: 1 caso (Paciente egresso – cirurgia ortopédica de quadril – PSG – evolução para óbito).

Desfechos Clínicos:

Dos casos de IRAS identificados, 1 (Um) paciente evoluiu para óbito no período de 14 dias após o diagnóstico, resultando em uma taxa de letalidade de 50%.

A análise comparativa demonstra uma redução na taxa global de infecções, que passou de 0,82% em maio para 0,31% em junho. O indicador permanece dentro do limite aceitável estabelecido pelo serviço, que é de até 2%.

Indicador 35 – Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) ≤ 10 , Junho 2026.

No mês de junho não houve registros de novos casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV). Com o total de 69 pacientes em ventilação mecânica (VM), a densidade de incidência no período foi de 0,00, consolidando uma redução desse indicador em comparação com os meses anteriores de 2026.

Esse resultado manteve o indicador abaixo da meta institucional. Contudo, apesar do cenário favorável, o SCIH vem reforçando a adesão ao conjunto de medidas (bundle) de prevenção de PAV na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. As ações prioritárias incluem: a higienização oral adequada, a manutenção da cabeceira elevada entre 30° e 45°, e a observação constante do sistema de ventilação, medidas que têm sido constantemente orientadas pela coordenação de enfermagem e médica da UTI, e equipe do SCIH durante as visitas multidisciplinares.

Plano de Ação:

Reforço na adesão ao bundle de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), assegurando o cumprimento das medidas preventivas recomendadas para pacientes em ventilação mecânica;

Monitoramento sistemático e auditorias periódicas dos processos assistenciais relacionados ao manejo da ventilação mecânica, visando identificar oportunidades de melhoria;

Fortalecer o acompanhamento da adesão às práticas de higienização das mãos, por meio de auditorias, ações educativas e monitoramento contínuo dos indicadores institucionais.



GESTÃO EM SAÚDE



Indicador 36 – Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical(CV) ≤ 1 , Junho 2026.

No mês de junho, não foram registrados casos de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC). Com um total de 317 pacientes-dia expostos ao dispositivo (CVD-dia), a densidade de incidência resultou em 0,00, situando-se dentro da meta institucional de ≤ 1 por 1.000 cateteres-dia.

A comparação direta com o mês de maio mostrou melhora no indicador. O resultado reforça a efetividade das medidas preventivas adotadas e evidencia a importância da continuidade das ações voltadas ao uso racional do cateter vesical, incluindo indicação criteriosa, técnica asséptica durante a inserção, manutenção adequada do sistema fechado e retirada do dispositivo tão logo deixe de haver indicação clínica.

Plano de ação:

Fortalecer a adesão às práticas recomendadas para prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC), assegurando a correta indicação, inserção e manutenção do dispositivo;

Estimular a reavaliação diária da necessidade de permanência do cateter vesical, promovendo sua retirada precoce sempre que não houver indicação clínica;

Promover ações contínuas de educação permanente e sensibilização das equipes assistenciais, reforçando as boas práticas relacionadas ao manejo seguro do cateter vesical e à prevenção das IRAS.

Indicador 37 – Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC) ≤ 10 , Junho 2026.

No mês de junho, foi identificado 1 caso de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Laboratorial associada ao Cateter Venoso Central (IPCSL-CVC). O evento foi notificado na Clínica Médica, com o isolamento microbiológico de *Staphylococcus aureus* MRSA. Diante de um total de 191 pacientes-dia expostos ao dispositivo (CVC-dia), a densidade de incidência de infecção no período foi de 5,24

A comparação com o mês de junho, que havia apresentado uma densidade de 5,88, evidencia uma redução no indicador. Embora tenha sido registrado um caso de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCSL), assim como no mês anterior, observou-se redução da densidade de incidência de 5,88 para 5,24 casos por 1.000 CVC-dia, refletindo

melhora do indicador epidemiológico. A redução demonstra que, mesmo com aumento da exposição ao dispositivo invasivo, não houve incremento proporcional no número de infecções, mantendo o indicador abaixo da meta institucional. O resultado reforça a importância da manutenção das boas práticas relacionadas à inserção, manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais, bem como da vigilância contínua realizada pelo SCIH.

Plano de Ação

Reforço na adesão às boas práticas para inserção, manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais, conforme os protocolos institucionais vigentes;

Ações permanentes de educação continuada e atualização das equipes assistenciais sobre a prevenção da Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCSL);

Intensificação no monitoramento e nas auditorias dos processos assistenciais relacionados ao manejo dos cateteres venosos centrais, identificando oportunidades de melhoria;

Vigilância epidemiológica contínua dos indicadores de IPCSL, com análise sistemática dos resultados e implementação de medidas corretivas sempre que necessário.

Indicador 38 – Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas, Junho 2026.

No mês de junho, foram monitorados 217 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na instituição. A amostragem contemplou:

151 cirurgias limpas realizadas no Centro Cirúrgico Geral (CCG);

63 cesarianas realizadas no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO).

Análise Técnica:

Em junho de 2026, o resultado de 0,46% de ISC reflete a eficácia das barreiras de prevenção adotadas no bloco cirúrgico. O indicador permanece plenamente dentro da meta institucional e dos padrões epidemiológicos recomendados, que estabelecem taxas de ISC inferiores a 1% para cirurgias limpas.

Plano de Ação:

Fortalecimento das medidas preventivas no período perioperatório;

Intensificar o monitoramento dos processos realizados nos centros cirúrgico e obstétrico;

Avaliação continua na adequação da antibioticoprofilaxia;

Disponibilizar folder com orientações educativas sobre cuidados pós-operatórios;

Discussão multiprofissional dos casos de ISC identificados;

Vigilância pós-alta dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Indicador 39 – Incidência de quedas de pacientes internados, Junho 2026.

Durante o mês em análise, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), em conformidade com a RDC nº 36/2013 da ANVISA e a Portaria nº 529/2013, que instituem ações voltadas à promoção da segurança do paciente e ao gerenciamento de riscos nos serviços de saúde, registrou 02 (duas) notificações de queda de pacientes, atingindo uma taxa de 1,07.

Os incidentes ocorreram na Clínica Médica, sendo um decorrente de queda da própria altura e outro durante a tentativa de levantar-se do leito. Em ambos os casos, os pacientes receberam avaliação imediata pela equipe assistencial, não sendo identificados danos decorrentes das quedas, caracterizando-se como incidentes sem dano.

No mesmo período, foi registrada 01 (uma) queda de acompanhante no setor de Pediatria. O incidente ocorreu enquanto a acompanhante estava sentada em uma poltrona. Após a ocorrência, ela foi prontamente avaliada pela equipe assistencial, encaminhada ao Pronto-Socorro Geral (PSG) para avaliação médica e realização dos exames pertinentes, não sendo constatadas lesões ou danos relacionados ao evento.

Embora a RDC nº 36/2013 tenha como foco a segurança do paciente, a ocorrência envolvendo acompanhante também foi registrada e analisada pelo NSP, considerando os princípios da gestão de riscos institucionais e da cultura de segurança preconizados pela Portaria nº 529/2013. Todos os incidentes foram submetidos à análise, visando à identificação de fatores contribuintes e à implementação de ações preventivas para reduzir a probabilidade de recorrência e fortalecer a segurança do ambiente assistencial.

Plano de Ação

- Reforçar, junto às equipes assistenciais, a aplicação sistemática da **escala** institucional de avaliação do risco de quedas (Escala de Morse para pacientes adultos e Escala Humpty Dumpty para pacientes pediátricos, quando aplicável),

garantindo sua realização na admissão, reavaliação diária e sempre que houver alteração do quadro clínico do paciente, conforme Protocolo Institucional de Prevenção de Quedas.

- Intensificar a implementação das barreiras de segurança para prevenção de quedas, por meio da orientação contínua aos pacientes e acompanhantes quanto à necessidade de solicitar auxílio da equipe antes da deambulação, utilizar corretamente a campainha para solicitar assistência, manter as grades do leito elevadas quando indicado, utilizar calçados antiderrapantes e manter o ambiente organizado e livre de obstáculos.
- Reforçar o monitoramento da adesão às medidas preventivas por meio de auditorias internas e devolutivas às equipes assistenciais, promovendo a melhoria contínua dos processos relacionados à prevenção de quedas.

Indicador 40 – Incidência de Lesões de Pele (LP) em pacientes internados, Junho 2026.

O monitoramento ativo e a busca fonada na admissão hospitalar identificaram a entrada de 03 (três) pacientes diagnosticados com Lesão por Pressão de origem comunitária (lesões pré-existentes ao internamento). Os eventos foram devidamente mapeados e estratificados sob os seguintes registros de atendimento:

- Atendimento nº 1915847;
- Atendimento nº 1907903;
- Atendimento nº 1915827.

Desempenho Assistencial (Incidência Intra-hospitalar): O indicador de incidência de LPP adquirida nas dependências da instituição consolidou-se em 0,0%. Este resultado chancela a efetividade das barreiras de segurança implementadas pela equipe de enfermagem, tais como a aplicação sistemática da Escala de Braden, a otimização do manejo de mudança de decúbito e o uso de superfícies de redistribuição de pressão, mitigando integralmente os riscos iatrogênicos relacionados à integridade cutânea no período.

Indicador 41 – Taxa de cumprimento do Checklist de Cirurgia Segura do protocolo de cirurgia segura, Junho 2026.

No mês de junho de 2026 foram realizados 253 procedimentos cirúrgicos no Centro Cirúrgico Geral (CCG) e 63 procedimentos de cesárea no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), totalizando 316 procedimentos, todos contemplados com a realização do Checklist de Cirurgia Segura.

O indicador de adesão ao checklist permaneceu satisfatório, demonstrando a consolidação da ferramenta como etapa essencial da assistência. Entretanto, ainda foram identificadas oportunidades de melhoria relacionadas à qualidade e à completude do preenchimento dos formulários, reforçando a necessidade de manter as ações de orientação, monitoramento e educação permanente junto às equipes, visando garantir registros íntegros, fidedignos e em conformidade com os protocolos institucionais e as Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

INDICADORES – RELAÇÃO COM A REDE

Indicador 42 – Disponibilização de 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial, Junho 2026.

No período de 01 a 30 junho de 2026, foram disponibilizadas 4.234 vagas para a realização de exames SADT eletivos, correspondendo a 120,46% da meta pactuada no Contrato de Gestão.

Produção no período:

Exames realizados na competência atual: 3.150

Exames realizados de competências anteriores: 86

Total de faltantes na competência atual: 1.046

A produção apresentou melhora, com aumento dos exames realizados na competência atual, de 3.080 (três mil e oitenta) para 3.150 (três mil cento e cinquenta), e dos exames de competências anteriores, de 38 (trinta e oito) para 86 (oitenta e seis).

Além disso, houve redução do absenteísmo, que passou de 1.130 (mil cento e trinta) para 1.046 (mil e quarenta e seis) faltas, evidenciando melhor aproveitamento das vagas disponibilizadas

De modo geral, os indicadores de junho demonstram manutenção da capacidade de oferta de exames, aumento da produção realizada e redução do absenteísmo em relação

ao mês anterior, refletindo maior eficiência na utilização da agenda e no atendimento da demanda assistencial.

Indicador 43 – Disponibilização de 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, Junho 2026.

No período de 01 (primeiro) a 30 (trinta) de junho de 2026, totalizou 280 (duzentos e oitenta) consultas e 121,74% de cumprimento da meta.

Observa-se a manutenção do desempenho satisfatório, com estabilidade no alcance da meta entre os meses analisados, refletindo organização das agendas, monitoramento contínuo e alinhamento com a regulação. A unidade segue realizando acompanhamento sistemático para garantir a continuidade do resultado.

Indicador 44 – Realização de 100% das confirmações de presença e falta dos pacientes eletivos agendados no Sistema de Informação utilizado pela SMSA, Junho 2026.

No período analisado, foram agendados 480 (quatrocentos e oitenta) atendimentos ambulatoriais, dos quais 363 (trezentos e sessenta e três) foram realizados, registrando-se 113 (cento e treze) ausências e 4 (quatro) cancelamentos.

Em relação aos exames, foram agendados 4.245 (quatro mil duzentos e quarenta e cinco) procedimentos, sendo 3.150 (três mil cento e cinquenta) realizados, 1.046 (mil e quarenta e seis) ausências e 49 (quarenta e nove) cancelamentos.

O Sistema IPM apresentou índice de 98,88% (noventa e oito vírgula oitenta e oito por cento) de confirmações, evidenciando que a não conformidade observada está relacionada, predominantemente, ao volume de cancelamentos, e não à ausência de confirmação dos atendimentos.

O não atingimento da meta de 100% de confirmações no Sistema IPM decorreu de cancelamentos registrados no período, com maior impacto nos exames de ultrassonografia e nas consultas de cardiologia. Tais cancelamentos ocorreram em razão de intercorrências na disponibilidade de profissionais, o que impossibilitou a realização dos procedimentos previamente agendados e repercutiu no indicador de confirmação. As providências necessárias para a regularização do serviço já foram adotadas, com vistas ao restabelecimento da oferta dos exames e à normalização dos indicadores assistenciais.

Indicador 45 – Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência, Junho 2026.

No período analisado, o indicador de Censo Hospitalar alcançou a meta estabelecida, com a realização do censo e a devida informação ao Departamento de Urgência e Emergência quatro vezes ao dia. Esse desempenho evidencia a regularidade do monitoramento dos leitos e a efetiva comunicação entre as áreas assistenciais, contribuindo para a organização do fluxo de pacientes e para a tomada de decisão em tempo oportuno.

Indicador 46 – Realizar altas referenciadas com agendamento de no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas UBS, Junho 2026.

No mês em análise, o indicador superou a meta estabelecida de 70%, alcançando 100% dos pacientes com alta referenciada. Esse desempenho evidencia um fluxo de alta hospitalar bem estruturado, forte integração entre o hospital e a Atenção Básica e um compromisso institucional com a continuidade do cuidado e a segurança do paciente. A organização desse processo contribui para reduzir riscos de descontinuidade do tratamento e reinternações evitáveis, favorecendo o seguimento clínico adequado na rede de atenção. Recomenda-se manter o monitoramento do indicador e acompanhar a efetiva realização das consultas nas UBS, garantindo comunicação clara com os pacientes e a sustentação desse resultado.

Indicador 47 – Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% das puérperas e dos RN egressos nas Unidades de Saúde, Junho 2026.

O indicador de altas referenciadas com agendamento em Unidade de Saúde para puérperas e recém-nascidos alcançou 100% dos egressos com alta referenciada no período avaliado, atendendo integralmente à meta estabelecida. Esse resultado demonstra um fluxo de alta bem estruturado na maternidade, com forte integração entre o serviço hospitalar e a Atenção Básica, garantindo continuidade do cuidado tanto para a puérpera quanto para o recém-nascido.

Indicador 48 – Manter a Taxa de Readmissão Hospitalar em 30 dias para um percentual inferior a 20%, Junho 2026.

No período analisado, foram registradas 55 reinternações para um total de 629 AIH, resultando em um índice de 9,00%, abaixo da meta estabelecida de 20%. O desempenho indica controle adequado das reinternações, sugerindo efetividade das condutas assistenciais e dos processos de alta hospitalar, sem apontar, no período, necessidade de ações corretivas específicas para esse indicador.

INDICADORES – GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Indicador 49 – Garantir 100% de aprovação das AIH's apresentadas, referentes aos internamentos no mês subsequente à ocorrência, Junho 2026.

No mês de Junho de 2026, foram apresentadas 629 (Seiscentos e vinte e nove) AIHs para um total de 627 (Seiscentos e vinte e sete) saídas hospitalares. A diferença entre os números se deve aos seguintes fatores:

Incorporadas 19 (dezenove) AIHs decorrentes de desdobramentos por reoperações ou mudanças de procedimento;

Subtraídas 20 (vinte) AIHs com duração inferior a 72 (setenta e duas) horas, referentes ao mesmo diagnóstico, conforme critérios de faturamento;

Incorporadas 3 (três) AIHs decorrentes de internamentos do mês de Maio de 2026 por 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.

Indicador 50 – Garantir respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo, Junho 2026.

No mês de junho, a Ouvidoria registrou 20 demandas, sendo 14 manifestações recebidas por meio do sistema AtendeNet, 5 atendimentos presenciais e 1 atendimento por ligação telefônica.

As principais ocorrências estiveram relacionadas à demora no atendimento do PAI, atraso na emissão de laudos de raio-X e questões referentes ao agendamento de cirurgias. Tais demandas refletem pontos que exigem acompanhamento contínuo e ações de melhoria para garantir maior eficiência na prestação dos serviços.

Todas as manifestações foram devidamente analisadas, tratadas e respondidas dentro dos prazos estabelecidos, com os encaminhamentos necessários às áreas responsáveis para apuração e adoção das providências cabíveis. Sempre que necessário, foram realizadas orientações internas e acompanhamentos junto às equipes envolvidas, visando à resolução das situações apresentadas pelos usuários.

A Ouvidoria permanece atuando como importante canal de comunicação entre os usuários e a instituição, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria, fortalecimento da transparência e qualificação dos processos de atendimento.

Ressalta-se que toda a equipe permanece empenhada no fortalecimento do acolhimento, da escuta qualificada e da humanização do atendimento, buscando assegurar um serviço seguro, eficiente e de qualidade, bem como prevenir a recorrência das situações apontadas e promover a satisfação dos usuários.

Indicadores 51 a 66 – Garantir a efetividade das Comissões e Comitês, Junho 2026.

No mês de junho de 2026, a instituição manteve o funcionamento regular das comissões institucionais, reconhecendo seu papel estratégico na governança clínica, gestão de riscos, segurança do paciente, educação permanente e melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

Atualmente, o hospital conta com 18 (dezoito) comissões instituídas, sendo elas: 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, EMTN (Equipe Multiprofissional de terapia nutricional e, como importante



GESTÃO EM SAÚDE



avanço institucional, a Comissão de Ética Médica, oficialmente instituída em 08 de junho de 2026.

Dessas comissões, dezesseis atendem aos requisitos obrigatórios previstos contratualmente, enquanto outras são instituídas em atendimento às legislações específicas e às recomendações dos órgãos reguladores e científicos. Destacam-se a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), em conformidade com a Portaria nº 2.616/1998, e a EMTN que atua em conformidade com a Resolução RDC nº 63, de 6 de julho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabelece o Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. Além disso, suas atividades estão alinhadas às boas práticas assistenciais e às diretrizes de segurança do paciente, promovendo a avaliação, indicação, acompanhamento e monitoramento da terapia nutricional de forma multiprofissional, com o objetivo de garantir uma assistência segura, eficaz e de qualidade aos pacientes que necessitam de suporte nutricional., alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde e às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno.

A instituição registra como importante evolução a implantação da Comissão de Ética Médica, fortalecendo a governança clínica, a ética profissional e a qualidade da assistência prestada, em consonância com as normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Em relação à Comissão de Ética de Enfermagem, o processo de implantação encontra-se em tramitação junto ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN), órgão responsável pela análise e aprovação dos requisitos necessários para sua constituição oficial. A instituição já adotou as medidas administrativas pertinentes e aguarda a conclusão da análise pelo conselho para formalização da comissão, mantendo seu compromisso com o fortalecimento das práticas éticas, a valorização profissional e a segurança da assistência.

De modo geral, observa-se evolução significativa na estrutura de governança institucional, refletida pela ampliação e fortalecimento das comissões estratégicas, bem como pelo compromisso da gestão em atender aos requisitos legais, regulatórios e aos padrões estabelecidos pelo Manual Brasileiro de Acreditação ONA. Daremos continuidade do acompanhamento sistemático das atividades das comissões, assegurando a realização periódica das reuniões, o monitoramento dos planos de ação, a avaliação dos indicadores pertinentes e a implementação das melhorias decorrentes das deliberações, consolidando a cultura da qualidade, da segurança do paciente e da melhoria contínua na instituição.

Indicador 66 – Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional. Junho 2026.

O indicador de preenchimento completo de prontuário eletrônico/digital, no mês de abril não atingiu a meta estabelecida na abrangência de 100% de todos os requisitos descritos no indicador de acordo com o termo de referência de contrato.

De acordo com a análise feita, observa-se oportunidades de melhoria no processo de trabalho que está diretamente relacionada a esse indicador em todas as categorias profissionais analisadas, visto que há um déficit global no preenchimento total e uniforme do prontuário eletrônico.

Embora não se tenha atingido a meta estabelecida, é importante ressaltar a melhoria na identificação correta da estrutura documental do prontuário, onde se verifica, 100% de conformidade na identificação de impressos que compõem o prontuário e 100% de conformidade na autorização para internação e tratamento. No item referente a análise de folha de gasto cirúrgico, houve conformidade em todos os prontuários avaliados. No item prescrição médica atingimos 98,3% e 83,3% no quesito evolução médica. No item de evolução e anotação de enfermagem, o percentual de conformidade ainda está abaixo de 80%, porém com discreta melhora em relação ao mês anterior. Permanece a necessidade de ações mais intensas e melhoria na adesão da execução de atividades pertinentes ao processo de trabalho de forma ética e legal.

Plano de ação:

Qualificar as auditorias de prontuário com ênfase nos procedimentos pertinentes a equipe de enfermagem;

Apresentar resultados direcionados as equipes técnicas relacionadas;

Implementar indicador de monitoramento para os setores de enfermagem e de equipe multidisciplinar com apresentação de resultados para as equipes;

Indicador 67 – Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente maior que 75%. Junho 2026.

O resultado alcançado demonstra que a Educação Permanente permaneceu alinhada ao fortalecimento da cultura institucional de segurança do paciente, promovendo ações direcionadas aos principais riscos assistenciais identificados na instituição.

Os temas trabalhados contemplaram diferentes dimensões das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, abrangendo prevenção de quedas, segurança medicamentosa, prevenção de lesão por pressão, comunicação efetiva, prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência, isolamento de pacientes e uso racional de antimicrobianos, fortalecendo barreiras de segurança capazes de reduzir a ocorrência de eventos adversos e aumentar a confiabilidade dos processos assistenciais.

A diversidade temática demonstra evolução no planejamento das ações educativas, reduzindo a concentração do indicador em um único treinamento e ampliando a participação multiprofissional na construção de uma cultura institucional voltada à segurança do paciente.

Outro aspecto relevante observado no período foi o fortalecimento da atuação da Comissão do NEP, ampliando a integração entre os setores responsáveis pelas ações educativas e favorecendo maior alinhamento entre as necessidades assistenciais e o planejamento institucional. Entretanto, a análise do indicador evidencia que o cumprimento da meta não depende exclusivamente da oferta de treinamentos pelo NEP. A efetividade da Educação Permanente está diretamente relacionada ao acompanhamento realizado pelas lideranças assistenciais, responsáveis pelo direcionamento de seus colaboradores às ações obrigatórias promovidas pelo NEP, NGQSP, SCIH e SESMT. Aspectos Críticos Identificados

A análise nominal das listas de presença demonstra que permanece significativa desigualdade na distribuição das participações entre os colaboradores. Enquanto alguns profissionais participaram de diversas capacitações ao longo do mês, outros permaneceram sem participação em treinamentos obrigatórios, reduzindo a cobertura efetiva do indicador.

O NEP manteve estratégias de flexibilização da oferta de treinamentos, realizando ações em diferentes dias, turnos e também in loco, buscando ampliar o acesso das equipes às ações educativas. Aspecto Estrutural Relevante A atuação integrada entre NEP, Comissão de Segurança do Paciente, SCIH, Farmácia, lideranças assistenciais e demais setores evidencia o fortalecimento da governança da Educação Permanente como ferramenta estratégica para consolidação da cultura de segurança do paciente. Mais do que atingir um indicador contratual, as ações desenvolvidas contribuíram para fortalecer práticas seguras, estimular a comunicação entre as equipes e ampliar a conscientização dos profissionais quanto à prevenção de eventos adversos.

Pontos de Atenção para Melhoria

- Fortalecer o acompanhamento nominal das participações pelos gestores imediatos;
- Intensificar a corresponsabilização das lideranças quanto aos treinamentos obrigatórios;
- Ampliar a cobertura dos colaboradores ainda não contemplados nas ações educativas;
- Manter monitoramento mensal do indicador durante sua execução, permitindo intervenções precoces;
- Manter a integração entre NEP, NGQSP, SCIH, SESMT e lideranças assistenciais na construção da cultura de segurança do paciente.

O indicador de Metas de Segurança do Paciente atingiu 77,51% no mês de junho de 2026, superando a meta contratual estabelecida. Mais do que o alcance do percentual pactuado, os resultados evidenciam o fortalecimento da Educação Permanente como estratégia institucional para consolidação da cultura de segurança do paciente, desenvolvimento de práticas assistenciais mais seguras e integração entre os diferentes setores envolvidos na gestão da qualidade. Permanece como principal desafio ampliar a cobertura nominal dos colaboradores elegíveis por meio do maior envolvimento das lideranças no acompanhamento das participações, garantindo que as ações educativas alcancem de forma homogênea todas as equipes e produzam impacto contínuo sobre a qualidade e segurança da assistência

Indicador 68 – Índice de Atualização Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%, Junho 2026.

O resultado obtido evidencia elevada capacidade de resposta da Educação Permanente frente às necessidades assistenciais identificadas pela instituição. Diferentemente do indicador de Metas de Segurança do Paciente, cujo foco está na mitigação de riscos assistenciais, este eixo demonstra o investimento institucional no desenvolvimento de competências técnicas, atualização de protocolos e fortalecimento da prática clínica baseada em processos padronizados.

Grande parte das ações desenvolvidas esteve relacionada à incorporação de novas tecnologias assistenciais.

A implantação de equipamentos como cardioversor, ventilador de transporte, monitor multiparâmetros, aparelho de ECG, Bilitron, berços aquecidos e outros dispositivos exigiu treinamento específico das equipes, assegurando que os investimentos realizados pela instituição fossem acompanhados da qualificação necessária para sua utilização segura e eficiente. Destaca-se ainda a atualização de protocolos voltados às diferentes linhas de cuidado, contemplando assistência obstétrica, terapia intensiva, urgência e emergência, hemoterapia, fonoaudiologia, oxigenoterapia, centro cirúrgico, lactário e assistência centrada no paciente e na família, demonstrando alinhamento entre o planejamento educacional e as necessidades reais dos serviços. Embora o indicador tenha ultrapassado 100%, esse resultado decorre da metodologia de cálculo baseada no número de participações e não representa, isoladamente, cobertura integral dos profissionais elegíveis. Dessa forma, a interpretação do indicador deve considerar não apenas o volume de capacitações realizadas, mas principalmente sua capacidade de transformar práticas assistenciais e promover padronização dos processos de trabalho.

Aspectos Críticos Identificados; A análise nominal evidencia que permanece concentração de participações em um mesmo grupo de colaboradores, enquanto outros profissionais deixam de participar das ações educativas previstas, limitando a abrangência da qualificação técnica das equipes.

Aspecto Estrutural Relevante; A programação educativa de junho evidencia o fortalecimento da Educação Permanente como ferramenta de apoio à implantação de novas tecnologias, atualização permanente dos protocolos institucionais e desenvolvimento das competências profissionais necessárias para acompanhar a crescente complexidade da assistência hospitalar. A realização de treinamentos in loco, associada à atuação dos responsáveis técnicos e das lideranças assistenciais, ampliou a capacidade institucional de disseminação do conhecimento e aproximou as ações educativas da realidade operacional dos diferentes setores.

Pontos de Atenção para Melhoria

- Fortalecer o acompanhamento nominal dos treinamentos pelas coordenações;
- Ampliar a cobertura dos profissionais ainda não contemplados nas capacitações;
- Manter estratégias de treinamento in loco e replicação dos conteúdos pelos responsáveis técnicos;

- Dar continuidade às capacitações relacionadas às novas tecnologias incorporadas ao Hospital;

- Monitorar periodicamente a efetividade das ações educativas sobre a prática assistencial, promovendo atualização contínua dos protocolos institucionais.

O indicador de Práticas e Protocolos Assistenciais atingiu 109,33% no mês de junho de 2026, superando significativamente a meta contratual estabelecida. Os resultados demonstram a capacidade da Educação Permanente de responder às necessidades assistenciais da instituição, apoiando a implantação de novas tecnologias, a atualização dos protocolos e o fortalecimento das competências técnicas das equipes. Como oportunidade de evolução, permanece prioritário ampliar a cobertura nominal dos profissionais elegíveis e fortalecer o acompanhamento gerencial das participações, assegurando que a qualificação profissional se traduza em maior padronização dos processos, melhoria da qualidade assistencial e sustentabilidade dos resultados institucionais

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 94,00 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, Junho 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	100%	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	526	10
12	Realizar o Valor Mínimo de Cirurgia Eletiva	145	-	As metas serão avaliadas individualmente por procedimento,	143	



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	24	3,00
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	12	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	3	0,0
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	3,00
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	46	3,00
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	8	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	4	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	3	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	6	2,50



GESTÃO EM SAÚDE



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	13	1,00
24	Realizar no Mínimo de consultas ambulatoriais eletivas	230	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	110	
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	84	3,00
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	26	3,00
27	Realizar no mínimo de Cirurgias ambulatoriais eletivas	105	-	As metas serão avaliadas Individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	76	
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	5	3,00
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	30	1,00
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	41	3,00
31	Realizar exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA	3515	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo		
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	334	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	1858	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	655	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	12	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	51	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	28	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	80	3,00
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	103	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	102	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	8	3,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
TOTAL			115,80		RESULTADO	94,00

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026)

INDICADORES – EQUIPE MÉDICA

Indicador 01 - Equipe Médica Completa conforme Escala Pré Definida (24h), Junho 2026.

No mês de junho de 2026, o indicador de cumprimento da carga horária médica atingiu integralmente a meta estabelecida em contrato, alcançando 100% de execução. Esse resultado demonstra a adequada cobertura assistencial e a disponibilidade de profissionais para atendimento da demanda institucional.

Na especialidade de Infectologia, também foi registrado o cumprimento integral da carga horária pactuada, com a execução de 87,00 horas previstas para o período, correspondendo a 100% da meta contratual.

Durante o período avaliado, o Hospital Municipal de Araucária manteve a regularidade das escalas médicas em todas as especialidades assistenciais, assegurando o atendimento aos parâmetros estabelecidos contratualmente e a continuidade da assistência prestada à população.

Com a finalidade de preservar esse desempenho, permanece em execução o monitoramento contínuo das escalas médicas, realizado em estreita articulação com a empresa responsável pela prestação dos serviços. Essa sistemática possibilita a identificação antecipada de eventuais necessidades de adequação, contribuindo para a prevenção de desassistências, bem como para a manutenção da qualidade, da segurança e da eficiência dos serviços assistenciais ofertados.

Indicador 02 a 09 - Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais, Junho 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 composta por 9 coordenações médicas, atendendo ao quantitativo mínimo de 8 coordenações estabelecido contratualmente, acrescido da Coordenação do Pronto Atendimento Infantil, conforme previsto no item 2.5 das Diretrizes Gerais do referido edital.

No mês de junho de 2026, todas as coordenações médicas previstas encontravam-se devidamente preenchidas, com seus respectivos profissionais cumprindo integralmente a carga horária mínima de 12 horas semanais, em conformidade com as disposições contratuais. Dessa forma, o indicador de cumprimento da carga horária das coordenações médicas alcançou o índice de 100% no período, evidenciando plena conformidade com os parâmetros estabelecidos.

A seguir, apresenta-se a relação dos coordenadores médicos que exerceram suas atividades no Hospital Municipal de Araucária durante o mês de junho de 2026:

- Anestesiologia: Dra. Denise Rose – Registro de Qualificação de Especialista nº 5049;
- Clínica Médica e UTI Adulto: Dra. Maria Cláudia Hahn Ferrucio – Registro de Qualificação de Especialista nº 370 e 371;
- Clínica Cirúrgica: Dr. Cristian André Schulz – Registro de Qualificação de Especialista nº 35.188;
- Clínica Ginecológica e Obstétrica: Dra. Leila Wessler Faust – Registro de Qualificação de Especialista nº 28.007;

- Clínica Ortopédica: Dra. Ana Alice Destri – Registro de Qualificação de Especialista nº 24.408;
- Pronto Atendimento Infantil e Pediatria: Dra. Camila de Oliveira Benato – Registro de Qualificação de Especialista nº 22.162;
- UTI Neonatal e Pediátrica: Dra. Bruna Paula Silveira – Registro de Qualificação de Especialista nº 25.595;
- Pronto Socorro Geral: Dra. Talita Ribeiro da Silva – Registro de Qualificação de Especialista nº 35.837.

Indicador 10 - Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais, Junho 2026.

A Direção Técnica do Hospital Municipal de Araucária, sob a responsabilidade do Dr. Isaac Brambilla, manteve, no período avaliado, o cumprimento integral da carga horária mínima semanal de 20 (vinte) horas, em conformidade com as atribuições inerentes ao cargo e com as normativas institucionais vigentes.

No decorrer do mês, foram desenvolvidas atividades voltadas à gestão técnico-assistencial e administrativa da instituição, incluindo a supervisão dos processos assistenciais, o acompanhamento e a avaliação de fluxos internos, a organização e atualização da documentação institucional, o monitoramento das rotinas operacionais e o suporte à gestão das escalas médicas. As ações executadas tiveram como objetivo assegurar a regularidade dos processos, a conformidade com os requisitos institucionais e a manutenção da qualidade, da segurança e da continuidade dos serviços prestados à população.

INDICADOR – INTERNAMENTO/SAÍDAS HOSPITALARES

Indicador 11 – Internamentos/Saídas Hospitalares, Junho 2026.

Durante o período analisado, foram registradas 359 (trezentos e cinquenta e nove) saídas hospitalares decorrentes de atendimentos clínicos de urgência/emergência (óbitos, alta melhorado, transferência externa, alta a pedido e/ou evasão) e 167 (cento e sessenta e sete) saídas de pacientes cirúrgicos de urgência/emergência, totalizando 526 (quinhentos e vinte e seis) saídas de urgência/emergência, quantitativo superior à meta estabelecida no contrato de gestão.

No mês de Junho de 2026, foram registradas 627 (seiscentos e vinte e sete) saídas hospitalares, das quais 526 (quinhentos e vinte e seis) referiram-se a atendimentos de urgência/emergência e 101 (cento e um) a pacientes eletivos, em conformidade com a meta estabelecida.

INDICADOR – CIRURGIAS ELETIVAS HOSPITALARES

Indicador 12 a 23 – Cirurgias eletivas Hospitalares, Junho 2026.

Com base nos dados apresentados, a unidade demonstrou desempenho global satisfatório na execução das cirurgias eletivas hospitalares, com destaque para o alcance e superação de metas em diversas especialidades. Ainda assim, persistem pontos de atenção em áreas específicas, indicando necessidade de ajustes na organização assistencial e no fluxo de acesso dos pacientes.

Cirurgia Geral apresentou desempenho superior ao pactuado, com a realização de 24 procedimentos frente à meta de 20, atingindo 120% de execução.

De forma semelhante, a Cirurgia Geral por Vídeo superou a meta estabelecida, com 12 procedimentos realizados para uma meta de 10, correspondendo a 120%.

Cirurgia Geral – Coloproctologia apresentou desempenho inferior, com apenas 3 procedimentos realizados frente à meta de 10, atingindo 30%, evidenciando a necessidade de reavaliação dos fluxos de internamento, com ajustes em curso para otimizar o acesso dos pacientes e adequar a oferta assistencial à demanda existente.

Cirurgia Pediátrica apresentou desempenho próximo ao esperado, com 19 cirurgias realizadas de uma meta de 20, correspondendo a 95%, indicando boa capacidade operacional, com possibilidade de ajuste fino para atingimento integral da meta.

Na Cirurgia Ginecológica, observou-se cumprimento integral da meta, com 46 procedimentos realizados (100%). Cirurgia Ginecológica por Vídeo apresentou desempenho intermediário, com 5 procedimentos realizados frente à meta de 6, atingindo 83%. Da mesma forma, a Cirurgia Ginecológica por Vídeo (Endometriose) superou significativamente a meta, com 8 procedimentos realizados para uma meta de 4, correspondendo a 200%, evidenciando alta demanda e adequada organização do serviço.

A Cirurgia Ortopédica apresentou desempenho ligeiramente abaixo do esperado, com 4 procedimentos realizados frente à meta de 5, atingindo 80%.

Em relação às Laqueaduras, a modalidade eletiva apresentou desempenho reduzido, com 3 procedimentos realizados para uma meta de 5 (60%), associado a um reparo no centro cirúrgico que precisou ser feito. Por outro lado, a Laqueadura pós Parto superou a meta estabelecida, com 6 procedimentos realizados frente à meta de 5 (120%).

A Cirurgia Vascular apresentou desempenho intermediário, com 13 procedimentos realizados para uma meta de 20, atingindo 65%, indicando necessidade de avaliação da oferta assistencial, fluxo regulatório e disponibilidade de equipe especializada.

De forma geral, observa-se um cenário positivo, com superação de metas em especialidades estratégicas, como cirurgia geral, procedimentos por vídeo e ginecologia, refletindo boa utilização da capacidade instalada. Entretanto, os resultados ainda evidenciam fragilidades pontuais, especialmente em coloproctologia, cirurgia vascular e laqueadura eletiva.

INDICADOR – CONSULTAS E CIRURGIAS AMBULATORIAIS ELETIVAS

Indicador 24 a 26 – Consultas ambulatoriais eletivas, Junho 2026.

Cardiologia Avaliação pré-sedação

No mês de junho, observou-se queda no desempenho, com 117 (cento e dezessete) consultas agendadas e 84 (oitenta e quatro) realizadas, representando 42% (quarenta e dois por cento) da meta. O absenteísmo aumentou para 24,79% (vinte e quatro vírgula setenta e nove por cento), totalizando 29 (vinte e nove) faltas, com previsão de 04 (quatro) pacientes para reagendamento na próxima competência.

Comparativamente, verifica-se piora no cumprimento da meta e aumento do absenteísmo em relação ao mês anterior. O indicador permanece não conforme, sendo impactado principalmente pela redução na oferta de pacientes via regulação (CRA), além do aumento das faltas.

Como plano de ação, será intensificado o alinhamento com a regulação para ampliação da oferta de pacientes, mantido o monitoramento contínuo das

agendas e reforçada a confirmação prévia das consultas, com atuação da equipe administrativa e da coordenação do ambulatório, de forma contínua nas próximas competências, utilizando os recursos disponíveis, com foco na redução do absenteísmo e no melhor aproveitamento das vagas.

Consultas de Plano de Parto

No mês de junho, foram agendadas 58 (cinquenta e oito) consultas, com 26 (vinte e seis) atendimentos realizados, representando 86,67% (oitenta e seis vírgula sessenta e sete por cento) da meta. O absenteísmo foi de 55,17% (cinquenta e cinco vírgula dezessete por cento), totalizando 32 (trinta e duas) faltas.

Como plano de ação, serão reforçadas as estratégias de confirmação prévia das consultas, intensificado o contato com as pacientes e mantido o monitoramento contínuo das agendas, com atuação da equipe assistencial e administrativa, de forma contínua nas próximas competências, visando reduzir o absenteísmo e garantir o cumprimento da meta.

Informamos que a contratada ofertou o quantitativo pactuado com overbooking, nos termos previstos contratualmente, não se aplicando, portanto, redução da pontuação.

Nos casos em que a CONTRATADA não atingir a meta estabelecida em decorrência de falta de demanda por parte do município não haverá redução da pontuação. A falta de demanda deverá ser justificada pela CONTRATADA na prestação de contas mensal e ratificada pela Central de Regulação Ambulatorial (CRA) da SMSA.

Indicador 27 a 30 – Cirurgias ambulatoriais eletivas, Junho 2026.

No mês de junho de 2026, a unidade apresentou desempenho moderado na execução das cirurgias ambulatoriais, evidenciando capacidade produtiva ativa, porém com redução do volume assistencial em algumas especialidades.

O total de procedimentos realizados no período foi de 76, demonstrando manutenção parcial da oferta, com oportunidades de ampliação da produção.

No detalhamento por especialidade, os resultados foram os seguintes:

Vasectomia: foram realizados 5 procedimentos, mantendo desempenho adequado e indicando organização do fluxo de atendimento e adesão dos pacientes ao procedimento.

Cirurgia Ambulatorial: foram realizados 30 procedimentos, representando volume expressivo dentro da produção total, porém com possibilidade de ampliação, considerando a capacidade instalada da unidade.

Varizes com Espuma: foram realizados 41 procedimentos, evidenciando redução na produção quando comparado a períodos anteriores, sugerindo necessidade de reavaliação do fluxo de captação e agendamento desses pacientes.

De forma geral, o quantitativo de 76 procedimentos realizados no período demonstra utilização parcial da capacidade operacional da unidade, mantendo a continuidade da assistência, porém com indicativo de oscilação na produção, especialmente no que se refere aos procedimentos de varizes com espuma.

Observa-se que a unidade mantém estrutura organizacional e assistencial capaz de sustentar a execução dos procedimentos, com equipe atuante e processos estabelecidos. Entretanto, há necessidade de fortalecimento de estratégias voltadas à otimização da agenda e redução de possíveis ociosidades.

INDICADOR 31 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – EXAMES ELETIVOS

No período de 01 a 30 de junho de 2026, foram realizados 3.236 exames de SADT, o que corresponde a 92,06% 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.

Mamografias:

Foram disponibilizadas 133,33% (cento e trinta e três vírgula trinta e três por cento) da meta, correspondendo à oferta de 400 (quatrocentas) vagas para a realização do exame. Foram agendados 440 (quatrocentos e quarenta) exames, dos quais 334 (trezentos e trinta e quatro) foram efetivamente realizados, atingindo 111,33% (cento e onze vírgula trinta e três por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 24,32% (vinte e quatro vírgula trinta e dois por cento), equivalente a 107 (cento e sete) faltas.

Dos 334 (trezentos e trinta e quatro) exames realizados, 1 (um) corresponde a agendamento de competência anterior.

Radiodiagnósticos:

Foram disponibilizadas 120,80% (cento e vinte vírgula oitenta por cento) da meta, correspondendo à oferta de 2.416 (duas mil quatrocentas e dezesseis)

vagas para a realização do exame. Foram agendados 2.410 (duas mil quatrocentos e dez) exames, dos quais 1.858 (mil oitocentos e cinquenta e oito) foram efetivamente realizados, atingindo 92,90% (noventa e dois vírgula noventa por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 25,60% (vinte e cinco vírgula sessenta por cento), equivalente a 617 (seiscentas e dezessete) faltas.

Dos 1.858 (mil oitocentos e cinquenta e oito) exames realizados, 65 (sessenta e cinco) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

Ultrassonografias:

Foram disponibilizadas 110,50% (cento e dez vírgula cinquenta por cento) da meta, correspondendo à oferta de 884 (oitocentas e oitenta e quatro) vagas para a realização do exame. Foram agendados 871 (oitocentos e setenta e um) exames, dos quais 655 (seiscentos e cinquenta e cinco) foram efetivamente realizados, atingindo 81,88% (oitenta e um vírgula oitenta e oito por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 20,55% (vinte vírgula cinquenta e cinco por cento), equivalente a 179 (cento e setenta e nove) faltas.

Dos 655 (seiscentos e cinquenta e cinco) exames realizados, 12 (doze) correspondem a agendamentos de competências anteriores

Ultrassonografias para mapeamento de endometriose:

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 11 (onze) exames, dos quais 12 (doze) foram efetivamente realizados, atingindo 120,00% (cento e vinte por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 0,00% (zero por cento), não havendo faltas registradas.

Dos 12 (doze) exames realizados, 1 (um) corresponde a agendamento de competência anterior.

Ecocardiogramas:

Foram disponibilizadas 125,00% (cento e vinte e cinco por cento) da meta, correspondendo à oferta de 88 (oitenta e oito) vagas para a realização do exame. Foram agendados 83 (oitenta e três) exames, dos quais 51 (cinquenta e um) foram efetivamente realizados, atingindo 85,00% (oitenta e cinco por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 39,76% (trinta e nove vírgula setenta e seis por cento), equivalente a 33 (trinta e três) faltas.

Dos 51 (cinquenta e um) exames realizados, 1 (um) corresponde a agendamento de competência anterior.

Testes ergométricos:

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 35 (trinta e cinco) exames, dos quais 28 (vinte e oito) foram efetivamente realizados, atingindo 93,33% (noventa e três vírgula trinta e três por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 20,00% (vinte por cento), equivalente a 7 (sete) faltas.

Eletrocardiogramas:

Foram disponibilizadas 140,00% (cento e quarenta por cento) da meta, correspondendo à oferta de 140 (cento e quarenta) vagas para a realização do exame. Foram agendados 139 (cento e trinta e nove) exames, dos quais 80

(oitenta) foram efetivamente realizados, atingindo 80,00% (oitenta por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 43,17% (quarenta e três vírgula dezessete por cento), equivalente a 60 (sessenta) faltas.

Dos 80 (oitenta) exames realizados, 1 (um) corresponde a agendamento de competência anterior.

Biópsias 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% (dezesseis vírgula sessenta e sete por cento), equivalente a 1 (uma) falta.

Endoscopias:

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 119 (cento e dezenove) exames, dos quais 103 (cento e três) foram efetivamente realizados, atingindo 103,00% (cento e três por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 15,13% (quinze vírgula treze por cento), equivalente a 18 (dezoito) faltas.

Dos 103 (cento e três) exames realizados, 2 (dois) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

Colonoscopias:

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 119 (cento e dezenove) exames, dos quais 102 (cento e dois) foram efetivamente realizados, atingindo 102,00% (cento e dois por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 16,81% (dezesesseis vírgula oitenta e um por cento), equivalente a 20 (vinte) faltas.

Dos 102 (cento e dois) exames realizados, 3 (três) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

Ecocardiogramas fetais:

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 8 (oito) foram efetivamente realizados, atingindo 80,00% (oitenta por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 33,33% (trinta e três vírgula trinta e três por cento), equivalente a 4 (quatro) faltas.

6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados no mês de junho de 2026 demonstram a evolução contínua dos serviços prestados pelo Hospital Municipal de Araucária, com avanços observados em relação aos meses anteriores nos principais indicadores assistenciais, administrativos e de apoio à rede. Nota-se o fortalecimento progressivo das equipes, a melhoria na organização dos fluxos de atendimento e a consolidação de práticas voltadas à segurança do paciente, à qualificação da assistência e à continuidade do cuidado.

Ao longo do período, a instituição manteve seu compromisso com a oferta de uma assistência resolutiva, humanizada e alinhada às necessidades da população, evidenciando capacidade de adaptação, integração entre as áreas e aprimoramento contínuo dos processos de trabalho. Os resultados alcançados reforçam o empenho da gestão e das equipes na busca por maior eficiência, qualidade e resolutividade, demonstrando evolução de um mês para o outro e perspectiva de novos avanços nas competências seguintes.

A instituição permanece atuando de forma responsável e comprometida com o monitoramento dos indicadores e com a implementação de ações de melhoria, visando aperfeiçoar continuamente a assistência prestada e consolidar resultados cada vez mais consistentes.

Araucária – PR, 15 de julho de 2026.

Documento assinado digitalmente



NOEMI GARCIA MORAES FERLA
Data: 15/07/2026 15:20:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Diretoria Geral

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Documento assinado digitalmente



ISAAC PONCE BRAMBILLA
Data: 15/07/2026 11:43:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Diretoria Técnica

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Documento assinado digitalmente



ANA LIZ MINTE DA SILVA
Data: 15/07/2026 11:57:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Gerência Assistencial

Hospital Municipal de Araucária – HMA