



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**

JULHO/2026

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
OBJETIVO.....	5
CONTEXTUALIZAÇÃO.....	6
METAS QUALITATIVAS.....	8
METAS QUANTITATIVAS	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	135

1.

INTRODUÇÃO

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

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

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

Assim, este documento é o sexto (6º) Relatório de Prestação de Contas do Contrato de Gestão Nº 023/2026, onde será possível apresentar o desempenho da equipe no período de **01 a 31 de julho**, avaliar os fatores, sejam eles de doença ou sociais que influenciaram nos resultados e na execução das metas contratuais quantitativas e qualitativas, bem como outros fatos relevantes ocorridos no período.

2.

OBJETIVO

Apresentar as atividades administrativas e operacionais executadas pela gestão no período de **01 a 31 de julho 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 julho/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 88,00 pontos de um total de 100 (cem) possíveis nos indicadores qualitativos do contrato, considerando os pesos atribuídos a cada indicador conforme previsto contratualmente.

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

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

Tabela 1: Indicadores Qualitativos, 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.	70,65%	0
2	Taxa de ocupação da Cirurgia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	83,13%	2
3	Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	65,09	0
4	Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	66,85%	0
5	Taxa de ocupação do UCIN	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	35,48%	0
6	Taxa de ocupação Internação Clínica Médica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	81,30%	2



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
7	Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	93,50%	2
8	Taxa de ocupação da UTI Pediátrica	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	52,22%	2
9	Taxa de ocupação da Unidade Neonatal	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	41,29%	2
10	Manter a Média de Permanência da Pediatria	≤ 04 dias	2	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,09	2
11	Manter a Média de Permanência da Cirurgia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,13	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	5,50	0



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
14	Manter a Média de Permanência da Clínica Médica	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	3,39	3
15	Manter a Média de Permanência da UTI Adulto	≤ 7 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	5,93	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	2,09	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	5,82	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	3,68%	2
19	Proporção de partos vaginais	≥ 65%	1,5	Total de partos vaginais/ total de partos realizados) x 100	54,29%	1,5
Indicador 20	Taxa de Mortalidade Não	Análise crítica das informações e	0,5	Nº de óbitos antes 24h e/ou	0,96%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



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	3,50%	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	0,00%	0,5
23	Taxa de Mortalidade Cirúrgica	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos até sete dias após procedimento cirúrgico/Nº cirurgias realizadas) x 100	1,25%	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	99,54%	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)	00:07:05	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	00:42:31	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	00:39:44	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.	00:27:40	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	01:27:09	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	01:42:53	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	00:55:13	1,5



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
34	Taxa Global de Infecção Hospitalar	$\leq 2\%$	2	(Nº de infecções hospitalares / total saídas) x 100	1,43%	2
35	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM)	≤ 10	2	(Nº de pacientes com pneumonia associada à VM / VM dia) x 1.000	2,78%	2
36	Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV)	≤ 1	2	(Nº de pacientes com ITU associada à CV / CV dia) x 1.000.	3,34	2
37	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC)	≤ 10	2	(Nº de pacientes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC/CVC dia) x 1.000	0,00	2
38	Incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas	≤ 1	2	(Nº de ISC em cirurgias limpas/Nº de cirurgias limpas realizadas) x 100	0,82%	2

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
39	Incidência de quedas de pacientes internados	≤ 1	2	$(N^{\circ} \text{ de quedas} / N^{\circ} \text{ de pacientes dia}) \times 1000$.	1,77	2
40	Incidência de Lesões de Pele (LP) em pacientes internados	≤ 5	2	$(N^{\circ} \text{ de casos novos de pacientes com LP} / N^{\circ} \text{ total de pacientes internados no período}) \times 100$	0,95	2
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
42	Disponibilizar 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital	100%	1	$(\text{Total de SADT eletivo disponibilizado no Sistema de informação} / \text{Meta pactuada para SADT eletivo}) \times 100$.	125,60%	1
43	Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas	100%	1	$(\text{Total de primeiras consultas disponibilizadas no Sistema de Informação} / \text{Meta pactuada para primeiras consultas}) \times 100$.	117,39%	1



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



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.	98,44%	1
45	Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência.	Cumprido = 1,00 Não Cumprido = 0,0	1	Nº de atualizações diárias do censo da UTI. Relatório do NIR e planilha Compartilhada entre DUE, Comissão de Fiscalização, NAS e NIR do HMA.	100%	1
46	Realizar altas referenciadas com agendamento de no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde	≥ 70%	1	(Total de agendamentos de alta referenciada realizados /Total de saídas hospitalares) x 100	100%	1



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
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	9,24%	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



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo					
51	Garantir a efetividade do Comitê de Avaliação de Prontuário do Paciente em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	1,0
52	Garantir a efetividade da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	1,0



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

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



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

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



GESTÃO EM SAÚDE



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



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
64	Garantir a efetividade do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	1,0
65	Garantir a efetividade do Serviço de Atendimento ao Usuário em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	1,0
66	Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria Profissional	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Auditoria analítica, de 10 prontuários de Clínicas: Médica, Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica e UTI adulto e Neonatal. Serão analisados os Registros: Rotineiro; Plantonista; exames laboratoriais, de imagem e evolução; de Intercorrências; de conduta / plano.	Atende	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
67	Manter Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente	≥75%	1	(Nº de Funcionários Capacitados em Metas de Segurança / Nº Total de Funcionários) x 100	77,30%	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	70,00%	1,0
TOTAL			100	PONTUAÇÃO FINAL: 88,00		

4.1

ANÁLISE DAS METAS NÃO ATINGIDAS

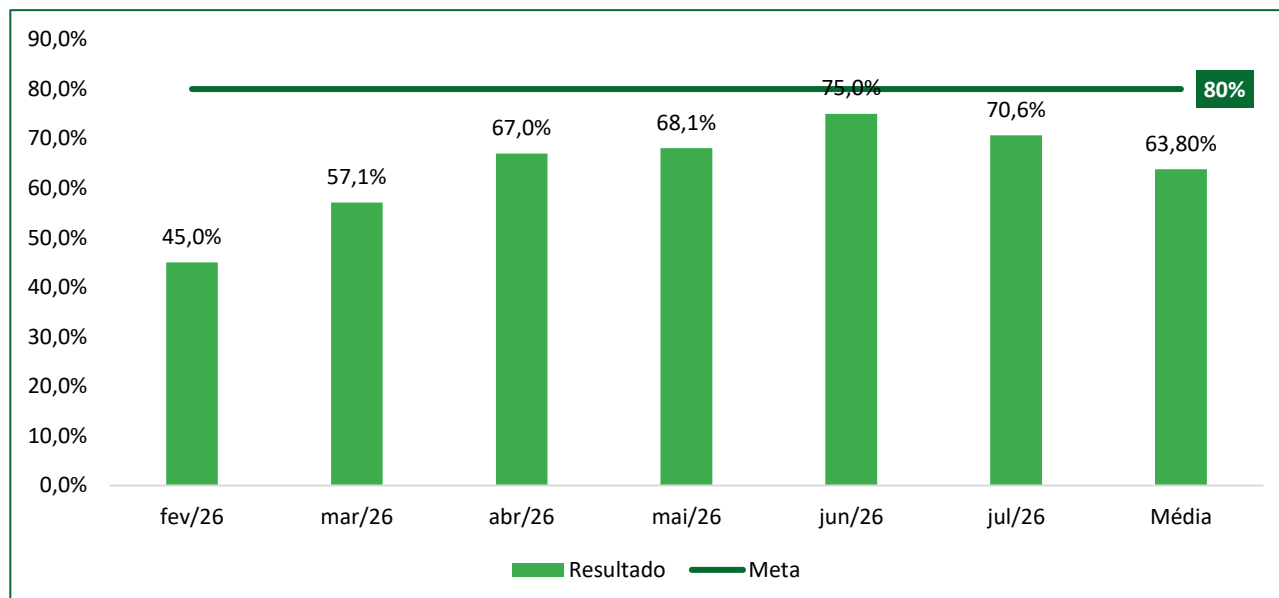
Análise crítica pela equipe gestora, considerando fatores assistenciais, epidemiológicos, regulatórios e estruturais que possam ter influenciado os resultados observados.

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

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

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE OCUPAÇÃO

Gráfico 1: Taxa de Ocupação da Pediatria, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

No relatório Tasy de julho/2026, a Clínica Pediátrica apresentou 108 pacientes, 219 pacientes-dia, 10 leitos ativos, taxa direta de 70,65%, 105 saídas e média de permanência de 2,09 dias.

ANÁLISE CRÍTICA

Motivo do cálculo baseado em saídas: o relatório do Tasy apresenta internações inferiores a 24 horas e movimentações internas registradas com Permanência = 0. Esses registros não significam ausência de utilização assistencial do leito, mas podem deixar de gerar paciente-dia completo e reduzir o numerador da taxa de ocupação. Por essa razão, a análise crítica utiliza o número de saídas constante no relatório do período, associado à média histórica de permanência da especialidade. Esse critério não altera a lógica do indicador e busca reduzir o risco de sub apuração decorrente dos registros de permanência zero.

Fórmula aplicada: Taxa de Ocupação Analisada (%) = $\left[\frac{\text{Saídas} \times \text{Média histórica de permanência}}{\text{Leitos ativos} \times \text{Dias do mês}} \right] \times 100$.

Aplicação no setor: $\left[\frac{(105 \times 2)}{(10 \times 31)} \right] \times 100 = 67,7\%$.

Na Clínica Pediátrica, o resultado analisado foi de 67,7%. A unidade apresenta elevada rotatividade, com observações clínicas, antibioticoterapia, hidratação venosa e

permanências reduzidas. Em julho, a taxa analisada ficou abaixo da taxa direta do Tasy, demonstrando que o critério não foi aplicado para elevar resultados, mas para manter coerência entre a produção e o 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	Sector	Leito	Permanência
Adalyn Cibelly Silva de Souza	1920270	03/07/2026	03/07/2026	03/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 A	0
Aislenn Maria de Oliveira	1920065	02/07/2026	02/07/2026	04/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 C	2
Alice Silva Lidio	1923343	09/07/2026	10/07/2026	11/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 B	1
Allan Gabriel Halma dos Santos	1930834	26/07/2026	26/07/2026	26/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 A	0
Ana Mariah Deina Felix	1924997	13/07/2026	13/07/2026	15/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 C	2
Andre Lima de Almeida	1919158	01/07/2026	01/07/2026	01/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	204 B	0
Andre Lima de Almeida	1919158	01/07/2026	01/07/2026	01/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 A	0
Andre Lima de Almeida	1919158	01/07/2026	01/07/2026	01/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 B	0
Andre Lima de Almeida	1922851	08/07/2026	08/07/2026	08/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 A	0
Anthony Eliel Rosa de Souza	1920261	02/07/2026	03/07/2026	06/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	206	3
Antonio Macalli Campos	1928422	20/07/2026	25/07/2026	31/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 C	6
Ares Hidalgo Azevedo Batista	1928610	20/07/2026	20/07/2026	22/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 B	2
Arthur Deryck Palhano Padilha	1923724	09/07/2026	09/07/2026	11/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 C	2
Arthur Miguel Pedrozo Maduenho	1922855	08/07/2026	08/07/2026	08/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	202 B	0
Arthur Olinek	1930718	25/07/2026	25/07/2026	28/07/2026	UI - Clínica Pediátrica	203 B	3

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

Interferência na leitura: se o registro com Permanência = 0 não compõe pacientes-dia, a taxa direta pode ficar subapurada. Por isso, a análise crítica considera também as saídas apuradas e a média histórica da especialidade, sem alterar os dados originais do Tasy.

Os resultados reforçam a necessidade de avaliar o desenho integral da linha pediátrica, e não apenas o cumprimento isolado de cada percentual.

CONCLUSÃO

Solicita-se à Secretaria Municipal de Saúde a avaliação prioritária do desenho assistencial e dos indicadores vinculados ao Pronto Atendimento Infantil - PAI e à UTI Pediátrica. O PAI funciona, na prática, como unidade de urgência e observação pediátrica, com perfil equivalente ao de uma UPA; por essa razão, seus indicadores devem contemplar

classificação de risco, tempo até o atendimento médico, permanência em observação, resolatividade, transferências, retornos e segurança assistencial, não devendo reproduzir, sem ajuste, metas próprias de enfermagem, como taxa de ocupação de leitos de internação e média de permanência de vários dias.

Ao mesmo tempo, a manutenção de três leitos habilitados de UTI Pediátrica sem retaguarda de enfermagem pediátrica especializada ou unidade de cuidados intermediários fragiliza a continuidade do tratamento após a fase intensiva, sobretudo quando a criança com alta da UTI retorna à observação do PAI, ambiente que não substitui internação pediátrica.

Esse arranjo não se mostra compatível com a organização progressiva do cuidado, com a necessidade de alta da UTI para ambiente hospitalar apropriado e com a distinção entre observação de urgência e internação.

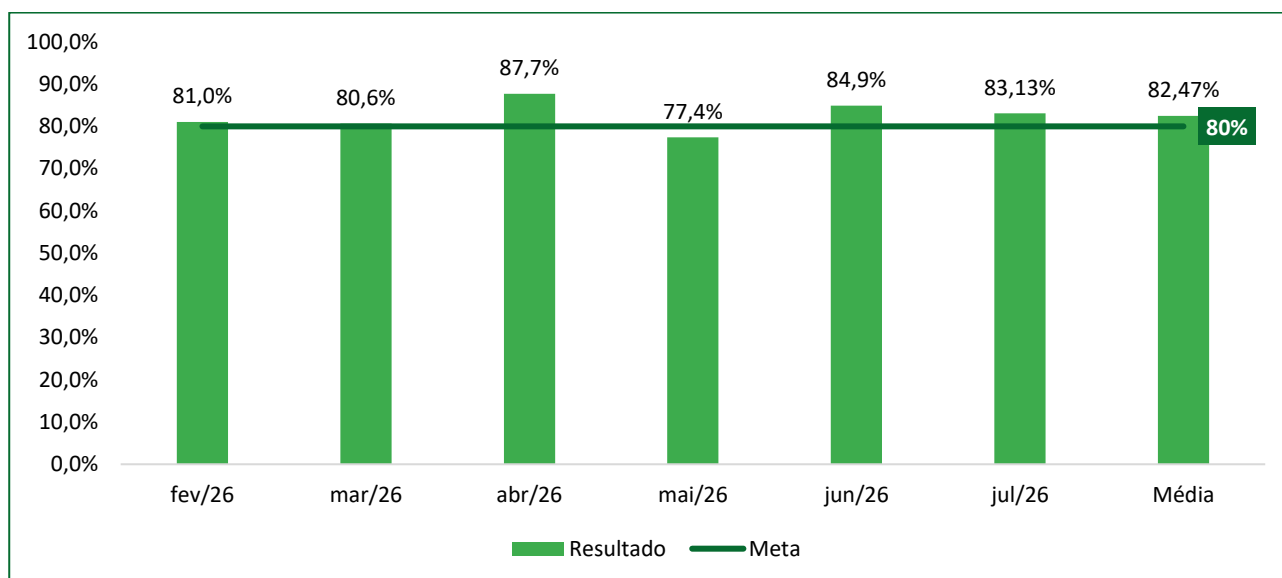
Diante disso, propõe-se a revisão formal dos indicadores do PAI e a realização de estudo técnico-regulatório para redimensionamento da linha pediátrica, incluindo a possibilidade de readequação ou desabilitação dos leitos de UTI Pediátrica e sua eventual conversão em leitos de UTI Neonatal e/ou cuidados intermediários neonatais, em maior aderência ao perfil materno-neonatal da instituição.

A medida deverá ser condicionada a estudo de demanda, capacidade física, equipe disponível, impacto regional, pactuação com a Secretaria e instâncias do SUS, além das alterações contratuais, sanitárias e de habilitação necessárias.

A proposta de conversão não deve ser decidida apenas pela taxa de ocupação atual. Os dados do trimestre também mostram UTI Neonatal e UCIN abaixo das metas de ocupação, razão pela qual a justificativa deve resultar de estudo da demanda reprimida, perfil regional, sazonalidade, bloqueios operacionais, capacidade de regulação e coerência da linha materno-neonatal.

O objetivo é substituir um arranjo fragmentado por um processo assistencial que disponha de entrada, terapia intensiva, unidade intermediária e continuidade de cuidado compatíveis entre si.

Gráfico 2: Taxa de ocupação da clínica cirúrgica, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No relatório Tasy de julho/2026, a Clínica Cirúrgica apresentou 168 pacientes, 335 pacientes-dia, 13 leitos ativos, taxa direta de 83,13%, 157 saídas e média de permanência de 2,13 dias.

ANÁLISE CRÍTICA

Motivo do cálculo baseado em saídas: o relatório do Tasy apresenta internações inferiores a 24 horas e movimentações internas registradas com Permanência = 0. Esses registros não significam ausência de utilização assistencial do leito, mas podem deixar de gerar paciente-dia completo e reduzir o numerador da taxa de ocupação. Por essa razão, a análise crítica utiliza o número de saídas constante no relatório do período, associado à média histórica de permanência da especialidade. Esse critério não altera a lógica do indicador e busca reduzir o risco de subapuração decorrente dos registros de permanência zero.

Fórmula aplicada: Taxa de Ocupação Analisada (%) = $\left[\frac{\text{Saídas} \times \text{Média histórica de permanência}}{\text{Leitos ativos} \times \text{Dias do mês}} \right] \times 100$.

Aplicação no setor: $\left[\frac{(157 \times 3)}{(13 \times 31)} \right] \times 100 = 116,9\%$.

Na Clínica Cirúrgica, o resultado analisado foi de 116,9%. O valor acima de 100% deve ser interpretado como sinal de elevada pressão assistencial sobre a capacidade

instalada, associada à alta rotatividade cirúrgica, às internações breves, às transferências internas e ao volume de saídas registrado no período.

Observação técnica: o resultado analisado superou 100% e não foi limitado artificialmente. A limitação a 100% ocultaria o comportamento do indicador e reduziria a transparência da análise. Para fins gerenciais, o valor expressa utilização intensa da capacidade disponível e deve ser lido em conjunto com a taxa direta do Tasy, de 83,13%.

Evidência Tasy: registros com Permanência = 0 - Clínica Cirúrgica

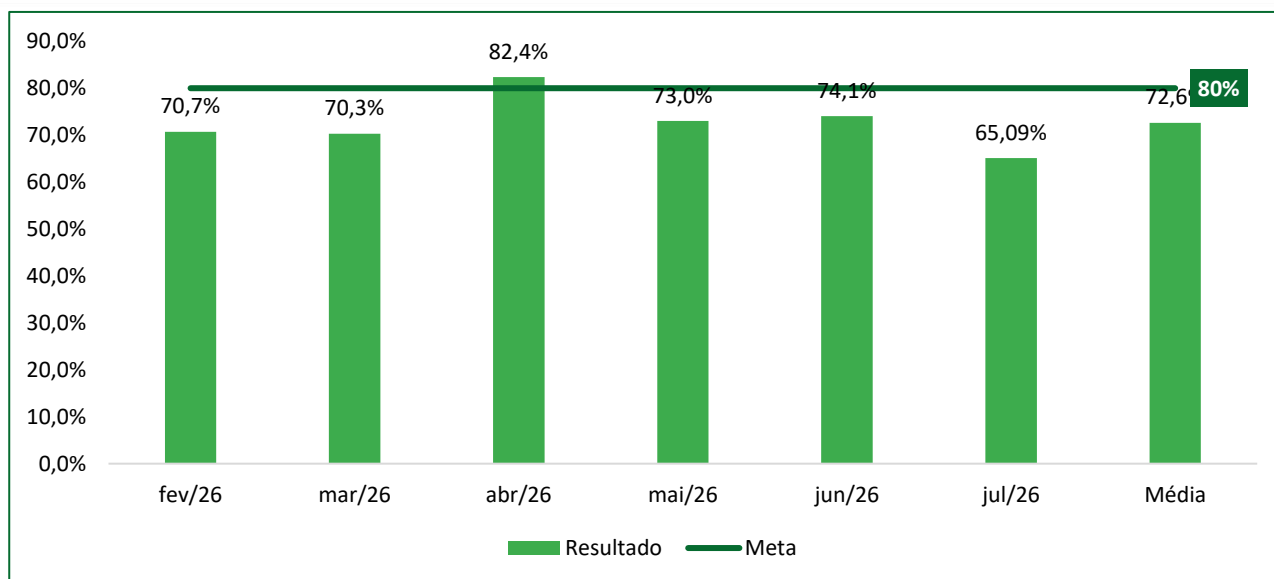
O recorte a seguir destaca, em vermelho, registros individuais em que o campo Permanência aparece como 0. Para fins de análise da ocupação, esse registro não deve ser interpretado como inexistência de uso assistencial do leito, mas como limitação do relatório em transformar permanência inferior a 24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

HMA - Taxa de ocupação da Internação Geral v7							
De 01/07/2026 até 31/07/2026							
Paciente	Atendimento	Di Entrada Hospital	Entrada Unidade	Saída Unidade	Sector	Leito	Permanencia
Adao Andrade de Carvalho	1917816	28/06/2026	01/07/2026	05/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404A	4
Ademir de Souza	1932052	28/07/2026	29/07/2026	31/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 C	2
Ademir Ferreira da Silva	1927884	19/07/2026	19/07/2026	19/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 A	0
Adriana Aparecida da Cruz Karas	1919048	01/07/2026	01/07/2026	02/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 A	1
Adriane Ribeiro dos Santos	1919555	01/07/2026	01/07/2026	03/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 C	2
Agostinha da Silva Guerrieri	1924215	10/07/2026	10/07/2026	11/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404A	1
Agostinha da Silva Guerrieri	1924215	10/07/2026	11/07/2026	11/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404C	0
Agostinha da Silva Guerrieri	1924215	10/07/2026	11/07/2026	15/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 B	4
Airton Roque de Oliveira	1926450	15/07/2026	15/07/2026	15/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405C	0
Airton Roque de Oliveira	1926450	15/07/2026	16/07/2026	17/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404A	1
Albina Baida Haluch	1923806	09/07/2026	21/07/2026	25/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 C	4
Albina Baida Haluch	1923806	09/07/2026	25/07/2026	25/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 C	0
Albina Baida Haluch	1930762	25/07/2026	25/07/2026	29/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405B	4
Alenice Maria de Lima Dudek	1930011	24/07/2026	24/07/2026	25/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 B	1
Amanda Brito Moreira	1930464	25/07/2026	25/07/2026	25/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 B	0
Amauri Heinsen	1927357	17/07/2026	18/07/2026	21/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404C	3
Ana Paula Brito da Paixao	1924900	12/07/2026	12/07/2026	12/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 B	0
Andre Luis Brasil	1928615	20/07/2026	21/07/2026	26/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404C	5
Anirzely de Andrade	1927290	17/07/2026	18/07/2026	21/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 A	3
Antonia Giderlandia Araujo dos Santos	1926289	15/07/2026	15/07/2026	16/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 A	1
Antonio Lucas dos Santos	1929663	23/07/2026	23/07/2026	24/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	404A	1
Aparecida Antunes de Macedo	1932486	29/07/2026	29/07/2026	31/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405B	2
Aparecida de Jesus Ferreira da Silva	1922792	07/07/2026	07/07/2026	07/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405A	0
Aparecida de Oliveira Rosa	1915897	24/06/2026	02/07/2026	06/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 A	4
Araci Aparecida Schroeder	1926710	16/07/2026	16/07/2026	16/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 C	0
Araci Aparecida Schroeder	1926710	16/07/2026	16/07/2026	17/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405B	1
Araci Aparecida Schroeder	1926710	16/07/2026	17/07/2026	19/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	405C	2
Araci Aparecida Schroeder	1926710	16/07/2026	19/07/2026	19/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 B	0
Araci Aparecida Schroeder	1926710	16/07/2026	19/07/2026	20/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 A	1
Arthur Henrique Soares Muchal	1928192	20/07/2026	20/07/2026	20/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	402 B	0
Aurea de Jesus da Silva Trindade	1922932	08/07/2026	08/07/2026	09/07/2026	UI - Clínica Cirúrgica	401 B	1

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

Interferência na leitura: os registros com Permanência = 0 podem reduzir os pacientes-dia contabilizados pelo sistema, ainda que tenha ocorrido uso assistencial do leito. Por isso, o número de saídas e a média histórica da especialidade foram considerados na análise crítica do setor.

Gráfico 3: Taxa de Ocupação da Internação Geral, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

Este documento registra a análise da taxa de ocupação hospitalar de julho/2026, com os dados consolidados 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 contratual da taxa de ocupação foi mantida. Na análise crítica das enfermarias, foram considerados o número de saídas e a média histórica de permanência da especialidade, diante da presença de registros com Permanência = 0. Esses registros não significam, necessariamente, que o leito esteve livre; indicam que a ocupação não gerou um dia estatístico completo na extração.

Nas enfermarias, a análise crítica considerou as saídas apuradas por especialidade e a média histórica de permanência correspondente. Nas unidades críticas e neonatais (UTI Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UCIN), foram mantidos os dados diretos do Tasy, em razão da permanência mais prolongada, da menor variação de leitos e da menor materialidade de registros pontuais com Permanência = 0.

1. SÍNTESE DA ANÁLISE

Tema avaliado	Posicionamento técnico
Natureza da análise	Não se trata de nova metodologia contratual. O documento apresenta os dados diretos do Tasy e uma leitura técnica das enfermarias a partir do número de saídas e da média histórica de permanência.
Fórmula contratual	$\text{Taxa de Ocupação (\%)} = (\text{Pacientes-dia} \div \text{Leitos-dia}) \times 100.$
Motivo da leitura complementar	O relatório Tasy evidencia registros individuais com Permanência = 0 em pacientes internados, situação que pode reduzir artificialmente os pacientes-dia em setores de alta rotatividade.
Critério nas enfermarias	Considerar, na análise crítica, as saídas apuradas e a média histórica de permanência da Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Obstétrica e Clínica Pediátrica.
Critério nas unidades críticas	Manter os dados e as taxas diretas do Tasy para UTI Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UCIN. As unidades críticas e neonatais apresentam permanência predominantemente superior a 24 horas, menor variação de leitos e menor quantidade absoluta de saídas, reduzindo a materialidade dos registros pontuais com Permanência = 0.
Evidência documental	Foram inseridos recortes do Tasy, por especialidade, com linhas destacadas em vermelho demonstrando registros de Permanência = 0 nas enfermarias.

2. 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, o número de saídas e a média histórica de permanência são considerados na análise crítica das enfermarias como elementos complementares aos dados diretos do Tasy. Esse tratamento busca aproximar a leitura gerencial da utilização efetiva dos leitos, sem substituir a base original do sistema.

3. CRITÉRIOS DE LEITURA DOS INDICADORES

Elemento observado	Aplicação na análise
Dados diretos do Tasy	Pacientes, pacientes-dia, leitos ativos, saídas, média de permanência e taxa de ocupação informados no relatório de julho.
Saídas apuradas	Quantidade de saídas da especialidade constante do relatório Tasy do período.
Média histórica de permanência	Parâmetro assistencial utilizado na análise crítica: Cirúrgica 3 dias; Médica 4 dias; Obstétrica 2,5 dias; Pediátrica 2 dias.
Permanência = 0	Registro que pode representar internação inferior a 24 horas ou movimentação interna sem geração de um dia estatístico completo.
UTIs e UCIN	Manutenção dos dados e das taxas diretas do Tasy, em razão do perfil assistencial e da menor materialidade dos registros pontuais.

4. CRITÉRIO DE ANÁLISE: ENFERMARIAS E UNIDADES CRÍTICAS

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 subapuração	Materialidade relevante sobre pacientes-dia	Realizar análise crítica com base nas saídas apuradas e na média histórica de permanência.
UTIs e UCIN	Permanência predominantemente prolongada, menor alteração de leitos e menor quantidade absoluta de saídas	Baixa materialidade de registros pontuais	Manter os dados e a taxa direta do Tasy.

A distinção entre os grupos decorre do perfil assistencial e da materialidade do efeito das permanências inferiores a 24 horas. Nas enfermarias, onde a rotatividade é maior, os registros de Permanência = 0 podem reduzir a representatividade do indicador; por isso, a análise crítica considera também as saídas e a média histórica da especialidade. Nas UTIs e UCIN, mantém-se o dado direto do Tasy, por sua maior aderência ao comportamento assistencial dessas unidades.

5. SÍNTESE DOS INDICADORES - ENFERMARIAS

Unidade	Pacientes	Saídas	MP Tasy	MP histórica	Leitos	Taxa Tasy	Taxa analisada
Clínica Cirúrgica	168	157	2,13	3 dias	13	83,13%	116,9%

Unidade	Pacientes	Saídas	MP Tasy	MP histórica	Leitos	Taxa Tasy	Taxa analisada
Clínica Médica	185	171	3,39	4 dias	23	81,35%	95,9%
Clínica Obstétrica	177	167	2,23	2,5 dias	18	66,85%	74,8%
Clínica Pediátrica	108	105	2,09	2 dias	10	70,65%	67,7%

A tabela reúne os dados diretos do Tasy e a taxa apresentada na análise crítica. Nas quatro enfermarias, o resultado analisado considera o número de saídas do período e a média histórica de permanência da respectiva especialidade, sem substituir os valores originais informados pelo sistema.

6. SÍNTESE DOS INDICADORES - UTIS E UCIN

Unidade	Pacientes	Saídas	Leitos	Pacientes-dia Tasy	MP Tasy	Taxa Tasy	Tratamento
UTI Adulto	52	44	9	261	5,93	93,55%	Dado direto Tasy mantido
UTI Neonatal	13	11	5	64	5,82	41,29%	Dado direto Tasy mantido
UTI Pediátrica	11	10	3	47	4,70	50,54%	Dado direto Tasy mantido
UCIN	6	6	3	33	5,50	35,48%	Dado direto Tasy mantido

Nas UTIs 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.

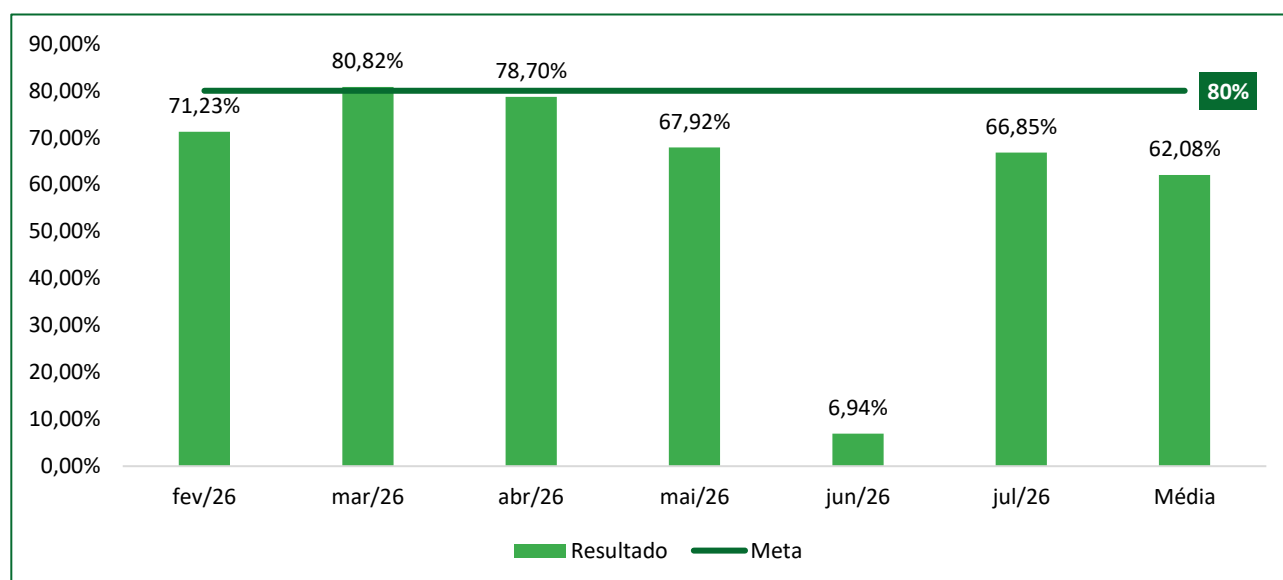
7. PONTOS DE CONTROLE DA ANÁLISE

Ponto de verificação	Entendimento técnico
A análise altera a fórmula contratual?	Não. A fórmula contratual permanece $Taxa = \frac{\text{pacientes-dia}}{\text{leitos-dia}} \times 100$. A análise crítica das enfermarias apenas acrescenta a leitura do número de saídas e da média histórica diante da limitação observada nos registros com permanência zero.
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 utilizar o mesmo critério em todas as unidades?	Porque o efeito é mais relevante nas enfermarias de alta rotatividade. Nas UTIs e UCIN, o perfil de permanência prolongada torna o dado direto do Tasy mais aderente ao comportamento assistencial.
A análise sempre aumenta a taxa?	Não. Na Clínica Pediátrica, a taxa analisada de 67,7% ficou abaixo da taxa direta do Tasy, de 70,65%, demonstrando neutralidade do critério.
Como foi tratada a Clínica Cirúrgica?	Com o relatório correto, foram utilizados os dados próprios do setor: 168 pacientes, 157 saídas, 13 leitos, média de permanência de 2,13 dias e taxa direta de 83,13%.
Qual é a evidência objetiva?	Os recortes dos relatórios Tasy inseridos no documento mostram linhas destacadas com Permanência = 0 nas quatro enfermarias analisadas.

8. RESULTADO CONSOLIDADO INSTITUCIONAL

Foi possível consolidar as oito unidades avaliadas. A taxa institucional analisada de julho/2026 foi de 84,0%, considerando a leitura das quatro enfermarias e os dados diretos do Tasy para UTI Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UCIN. A taxa obtida exclusivamente pelos pacientes-dia diretos do Tasy foi de 73,4%. Os dois resultados devem ser lidos de forma complementar: o primeiro corresponde à análise crítica aplicada às enfermarias; o segundo reproduz a extração direta do sistema.

Gráfico 4: Taxa de Ocupação da Ginecologia/Obstetrícia, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

No relatório Tasy de julho/2026, a Clínica Obstétrica apresentou 177 pacientes, 373 pacientes-dia, 18 leitos ativos, taxa direta de 66,85%, 167 saídas e média de permanência de 2,23 dias.

ANÁLISE CRÍTICA

Motivo do cálculo baseado em saídas: o relatório do Tasy apresenta internações inferiores a 24 horas e movimentações internas registradas com Permanência = 0. Esses registros não significam ausência de utilização assistencial do leito, mas podem deixar de gerar paciente-dia completo e reduzir o numerador da taxa de ocupação. Por essa razão, a análise crítica utiliza o número de saídas constante no relatório do período, associado à média histórica de permanência da especialidade. Esse critério não altera a lógica do

indicador e busca reduzir o risco de subapuração decorrente dos registros de permanência zero.

Fórmula aplicada: Taxa de Ocupação Analisada (%) = $\frac{[(\text{Saídas} \times \text{Média histórica de permanência}) \div (\text{Leitos ativos} \times \text{Dias do mês})] \times 100}{100}$.
Aplicação no setor: $[(167 \times 2,5) \div (18 \times 31)] \times 100 = 74,8\%$.

Na Clínica Obstétrica, o resultado analisado foi de 74,8%. A leitura baseada nas saídas e na média histórica é especialmente relevante diante da alta rotatividade do setor, dos partos, do puerpério, da movimentação do binômio mãe-recém-nascido e das permanências curtas registradas ao longo do mês.

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 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

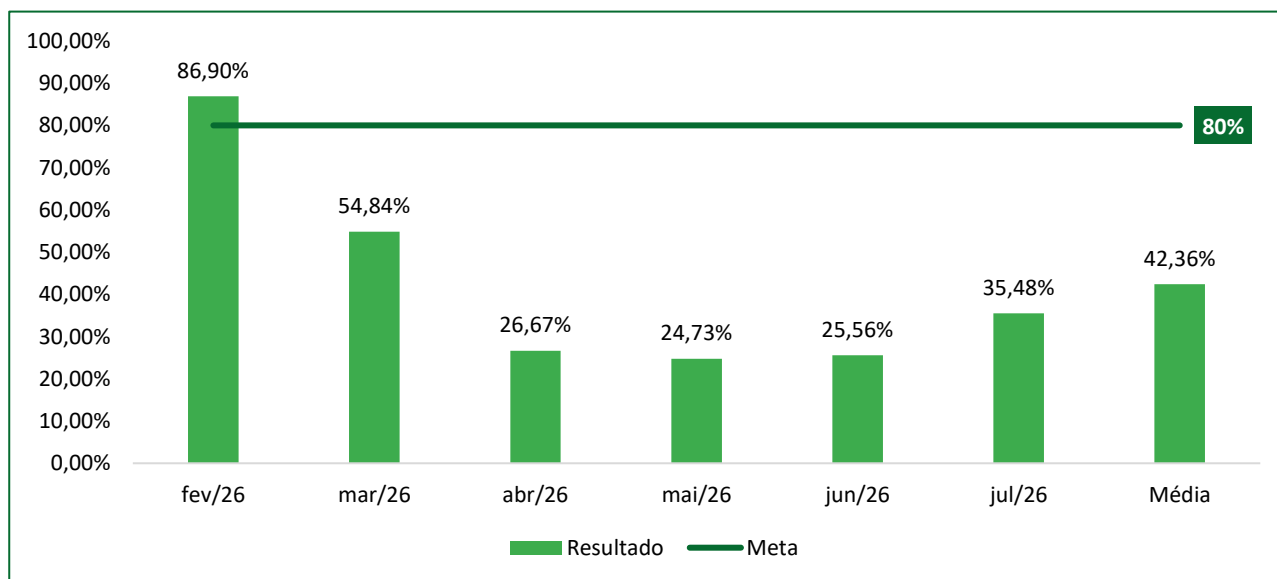
O recorte a seguir destaca, em vermelho, registros individuais em que o campo Permanência aparece como 0. Para fins de análise de ocupação, esse registro não deve ser interpretado como inexistência de uso assistencial do leito, mas como limitação do relatório em transformar permanência inferior a 24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

Paciente	Atendimento	Dt Entrada Hospital	Entrada Unidade	Saída Unidade	Setor	Leito	Permanência
Aline Vicente da Silva	1917772	28/06/2026	01/07/2026	01/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 A	0
Amanda Cristina Oliveira da Silva	1924638	11/07/2026	11/07/2026	13/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	502 B	2
Amanda Cristina Oliveira da Silva	1924638	11/07/2026	13/07/2026	18/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	506 B	5
Amanda de Arcanjo Januario	1928115	20/07/2026	20/07/2026	22/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	501 A	2
Amanda Kauane Geremias de Brito	1931091	27/07/2026	27/07/2026	27/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	501 A	0
Ana Clara Campops da Silva	1925001	13/07/2026	13/07/2026	15/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 B	2
Ana Cleia Kadanus Kulibaba	1931212	27/07/2026	27/07/2026	28/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	505 A	1
Ana Domingas do Socorro Ajacques Milioranca	1924137	10/07/2026	10/07/2026	12/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	508 A	2
Ana Paula de Melo	1925666	14/07/2026	15/07/2026	18/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	507 B	3
Andressa Dias de Oliveira	1931976	28/07/2026	29/07/2026	30/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	507 B	1
Andressa Wrublewski	1929876	23/07/2026	23/07/2026	27/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	508 B	4
Angelita Fernanda Santos Bonini	1920506	03/07/2026	03/07/2026	05/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	507 A	2
Anny Caroline da Silva da Luz	1924846	12/07/2026	12/07/2026	13/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	501 A	1
Anny Caroline da Silva da Luz	1924846	12/07/2026	15/07/2026	16/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	505 B	1
Aryelle Gonçalves Zaleski	1917993	29/06/2026	01/07/2026	01/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	507 B	0
Aryelle Gonçalves Zaleski	1927420	18/07/2026	18/07/2026	22/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 B	4
Ayla de Oliveira	1922145	06/07/2026	06/07/2026	07/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	510	1
Brianny Muller de Sousa	1923839	10/07/2026	10/07/2026	10/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	503 B	0
Brianny Muller de Sousa	1923839	10/07/2026	10/07/2026	12/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	507 A	2
Bruna Bendlin da Silva	1917777	28/06/2026	01/07/2026	01/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 B	0
Bruna de Cassia Rodrigues	1920242	02/07/2026	03/07/2026	05/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	508 A	2
Bruna de Mello da Silva	1929083	21/07/2026	21/07/2026	24/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	509	3
Bruna de Mello da Silva	1931581	27/07/2026	27/07/2026	30/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	501 A	3
Camila Alessandra Albuquerque Bueno	1923504	09/07/2026	09/07/2026	11/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	502 B	2
Caticiele Nascimento de Jesus	1931224	27/07/2026	27/07/2026	27/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	504 A	0
Caticiele Nascimento de Jesus	1931224	27/07/2026	27/07/2026	28/07/2026	UI - Clínica Obstétrica	505 B	1

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

Interferência na leitura: se o registro com Permanência = 0 não compõe pacientes-dia, a taxa direta pode ficar subapurada. Por isso, a análise crítica considera também as saídas apuradas e a média histórica da especialidade, sem alterar os dados originais do Tasy.

Gráfico 5: Taxa de Ocupação UCIN, julho 2026.



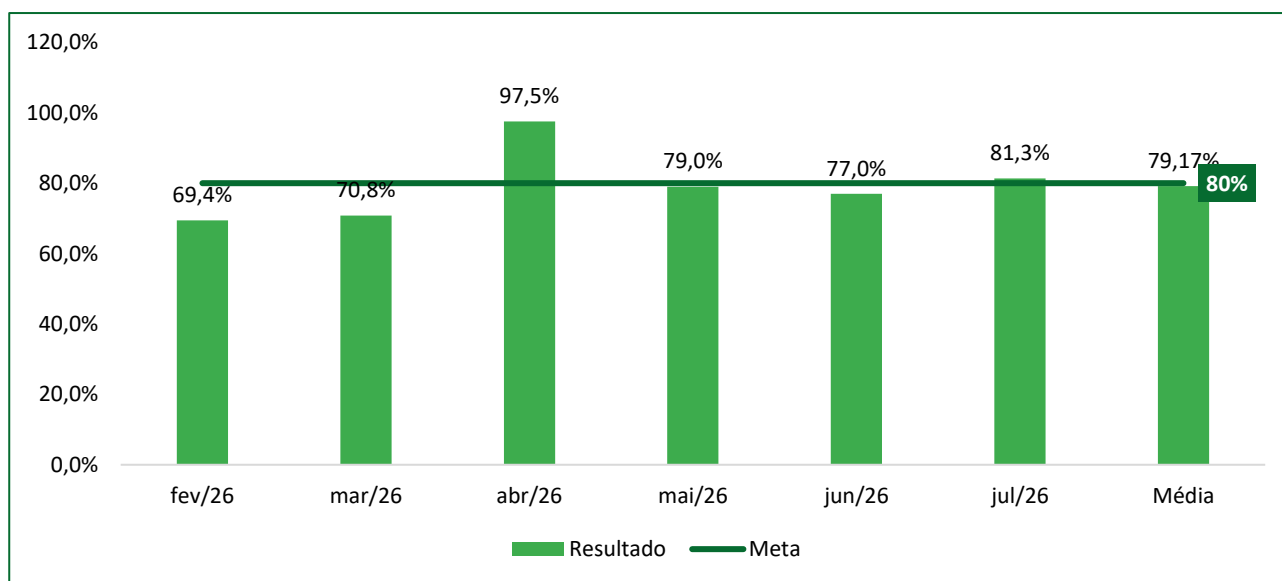
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

No mês de julho/2026, o relatório Tasy da UCIN apresentou 6 pacientes, 33 pacientes-dia, 3 leitos ativos, 6 saídas, média de permanência de 5,50 dias e taxa de ocupação de 35,48%.

Para esta unidade, foi mantido o percentual direto do Tasy, sem aplicação do critério utilizado nas enfermarias. A unidade 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.

Gráfico 6: Taxa de Ocupação Clínica Médica, , julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

No relatório Tasy de julho/2026, a Clínica Médica apresentou 185 pacientes, 580 pacientes-dia, 23 leitos ativos, taxa direta de 81,35%, 171 saídas e média de permanência de 3,39 dias.

ANÁLISE CRÍTICA

Motivo do cálculo baseado em saídas: o relatório do Tasy apresenta internações inferiores a 24 horas e movimentações internas registradas com Permanência = 0. Esses registros não significam ausência de utilização assistencial do leito, mas podem deixar de gerar paciente-dia completo e reduzir o numerador da taxa de ocupação. Por essa razão,



GESTÃO EM SAÚDE



a análise crítica utiliza o número de saídas constante no relatório do período, associado à média histórica de permanência da especialidade. Esse critério não altera a lógica do indicador e busca reduzir o risco de subapuração decorrente dos registros de permanência zero.

Fórmula aplicada: Taxa de Ocupação Analisada (%) = $\frac{[(\text{Saídas} \times \text{Média histórica de permanência}) \div (\text{Leitos ativos} \times \text{Dias do mês})] \times 100}{100}$.

Aplicação no setor: $[(171 \times 4) \div (23 \times 31)] \times 100 = 95,9\%$.

Na Clínica Médica, o resultado analisado foi de 95,9%. A unidade apresenta demanda clínica contínua, com admissões, transferências internas e permanências breves em parte dos atendimentos. A leitura baseada nas saídas e na média histórica reduz o risco de que os registros com Permanência = 0 subrepresentem a utilização assistencial dos leitos.

Evidência Tasy: registros com Permanência = 0 - Clínica Médica

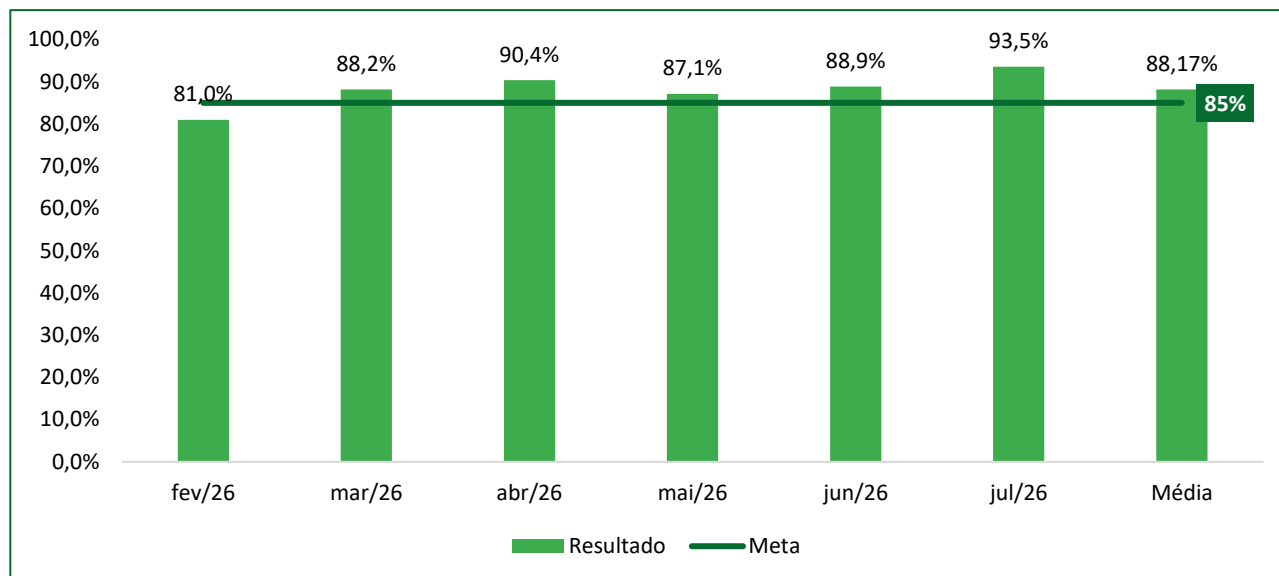
O recorte a seguir destaca, em vermelho, registros individuais em que o campo Permanência aparece como 0. Para fins de análise de ocupação, esse registro não deve ser interpretado como inexistência de uso assistencial do leito, mas como limitação do relatório em transformar permanência inferior a 24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

HMA - Taxa de ocupação da Internação Geral v7							
De 01/07/2026 até 31/07/2026							
Paciente	Atendimento	Dt Entrada Hospital	Entrada Unidade	Saída Unidade	Sector	Leito	Permanência
Adailson da Silva de Souza	1920715	03/07/2026	03/07/2026	06/07/2026	UI - Clínica Médica	301 C	3
Adao Andrade de Carvalho	1928112	20/07/2026	20/07/2026	22/07/2026	UI - Clínica Médica	303A	2
Adao Lopes dos Santos	1924546	11/07/2026	11/07/2026	14/07/2026	UI - Clínica Médica	303A	3
Ademir Alves	1932117	28/07/2026	28/07/2026	29/07/2026	UI - Clínica Médica	306C	1
Ademir Alves	1932117	28/07/2026	29/07/2026	31/07/2026	UI - Clínica Médica	301 A	2
Ademir de Souza	1932052	28/07/2026	28/07/2026	29/07/2026	UI - Clínica Médica	301 A	1
Ademir Pereira de Souza	1925992	15/07/2026	20/07/2026	23/07/2026	UI - Clínica Médica	306B	3
Adriano Almir dos Santos	1927813	19/07/2026	19/07/2026	21/07/2026	UI - Clínica Médica	303C	2
Albina Baida Haluch	1923806	09/07/2026	14/07/2026	21/07/2026	UI - Clínica Médica	301 C	7
Albino Krupa	1921256	04/07/2026	04/07/2026	05/07/2026	UI - Clínica Médica	301 A	1
Alesson Felipe Santos Machado	1930739	25/07/2026	25/07/2026	27/07/2026	UI - Clínica Médica	306C	2
Alesson Felipe Santos Machado	1930739	25/07/2026	27/07/2026	28/07/2026	UI - Clínica Médica	308	1
Aline Moreira Neves	1931073	26/07/2026	26/07/2026	28/07/2026	UI - Clínica Médica	307A	2
Alirio Bertoti	1928480	20/07/2026	21/07/2026	26/07/2026	UI - Clínica Médica	306A	5
Alirio Bertoti	1928480	20/07/2026	26/07/2026	30/07/2026	UI - Clínica Médica	303C	4
Ana Baesso Bertoti	1925940	14/07/2026	15/07/2026	19/07/2026	UI - Clínica Médica	307B	4
Ana Claudia Oliveira	1932961	30/07/2026	30/07/2026	30/07/2026	UI - Clínica Médica	308	0
Ana Claudia Oliveira	1932961	30/07/2026	30/07/2026	31/07/2026	UI - Clínica Médica	305A	1
Ana Paula Garcez de Oliveira	1929657	23/07/2026	23/07/2026	23/07/2026	UI - Clínica Médica	301 B	0
Ana Paula Garcez de Oliveira	1929657	23/07/2026	23/07/2026	24/07/2026	UI - Clínica Médica	309	1
Andrea Soares Moreira	1908738	11/06/2026	06/07/2026	12/07/2026	UI - Clínica Médica	301 A	6
Angela Maria Flores	1931563	27/07/2026	27/07/2026	31/07/2026	UI - Clínica Médica	307C	4
Angelina Albuquerque Machado	1917530	28/06/2026	01/07/2026	03/07/2026	UI - Clínica Médica	308	2
Antonio da Mota dos Santos	1923344	09/07/2026	09/07/2026	09/07/2026	UI - Clínica Médica	303B	0
Antonio da Mota dos Santos	1923344	09/07/2026	09/07/2026	10/07/2026	UI - Clínica Médica	303B	1
Antonio Neres Santana	1917062	27/06/2026	01/07/2026	06/07/2026	UI - Clínica Médica	303B	5
Aparecida Alice Mariano	1924871	12/07/2026	12/07/2026	21/07/2026	UI - Clínica Médica	304C	9
Aparecida de Jesus Ferreira da Silva	1922792	07/07/2026	15/07/2026	17/07/2026	UI - Clínica Médica	302 A	2
Aparecido Fernandes Cardoso	1918260	29/06/2026	01/07/2026	05/07/2026	UI - Clínica Médica	305A	4
Araci Aparecida Schroeder	1923234	08/07/2026	09/07/2026	09/07/2026	UI - Clínica Médica	302 A	0
Araci Aparecida Schroeder	1923234	08/07/2026	09/07/2026	11/07/2026	UI - Clínica Médica	304C	2

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

Interferência na leitura: se o registro com Permanência = 0 não compõe pacientes-dia, a taxa direta pode ficar sub apurada. Por isso, a análise crítica considera também as saídas apuradas e a média histórica da especialidade, sem alterar os dados originais do Tasy.

Gráfico 7: Taxa de Ocupação UTI Adulto, julho 2026.



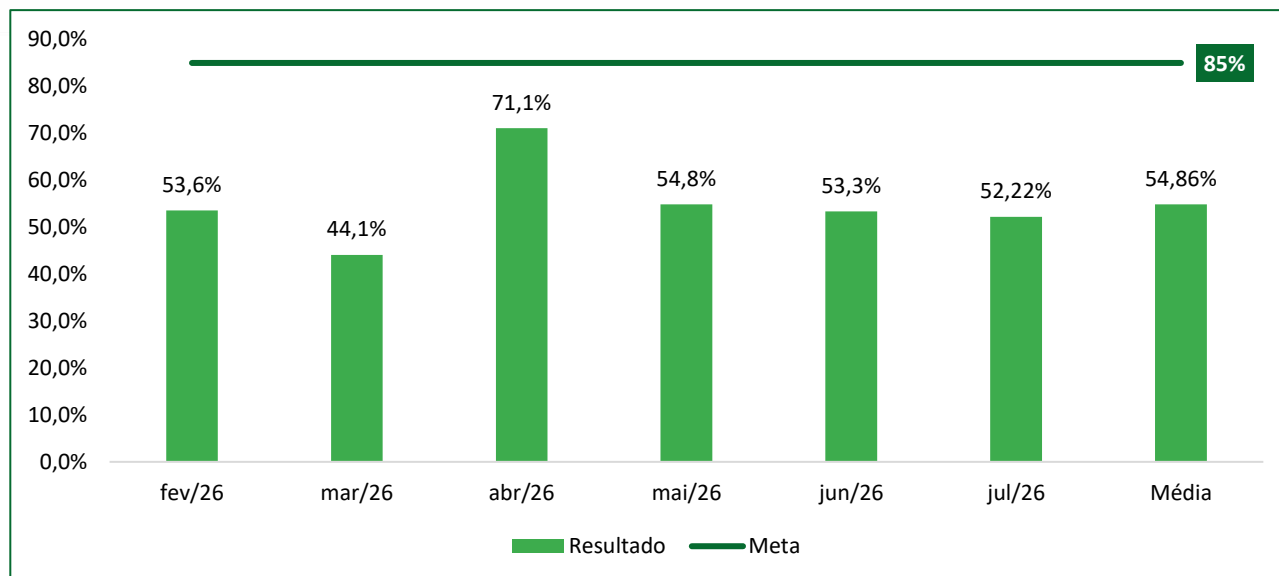
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

No mês de julho/2026, o relatório Tasy da UTI Adulto apresentou 52 pacientes, 261 pacientes-dia, 9 leitos ativos, 44 saídas, média de permanência de 5,93 dias e taxa de ocupação de 93,55%.

Para esta unidade, foi mantido o percentual direto do Tasy, sem aplicação do critério utilizado nas enfermarias. O perfil assistencial apresenta permanência mais prolongada, menor rotatividade e menor risco de distorção relevante do indicador.

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

Gráfico 8: Taxa de Ocupação UTI Pediátrica , julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

No mês de julho/2026, o relatório Tasy da UTI Pediátrica apresentou 11 pacientes, 47 pacientes-dia, 3 leitos ativos, 10 saídas, média de permanência de 4,70 dias e taxa de ocupação de 50,54%.

Para esta unidade, foi mantido o percentual direto do Tasy, sem aplicação do critério utilizado nas enfermarias, considerando o pequeno número de leitos, o volume reduzido de saídas e a permanência média mais prolongada.

Os resultados reforçam a necessidade de avaliar o desenho integral da linha pediátrica, e não apenas o cumprimento isolado de cada percentual.

CONCLUSÃO

Solicita-se à Secretaria Municipal de Saúde a avaliação técnico-regulatória prioritária da manutenção dos três leitos habilitados de UTI Pediátrica, considerando o perfil da demanda, a utilização regional, a capacidade de regulação e a existência de retaguarda pediátrica após a fase intensiva.

A ausência de enfermaria pediátrica especializada ou unidade de cuidados intermediários compatível fragiliza a continuidade terapêutica, especialmente quando a criança com alta da UTI precisa retornar à observação do PAI, ambiente que não substitui internação hospitalar pediátrica.

Esse arranjo dificulta a progressão segura do cuidado, pois a alta da terapia intensiva deve ocorrer para ambiente com monitoramento, equipe, suporte diagnóstico e capacidade assistencial proporcionais às necessidades residuais do paciente.

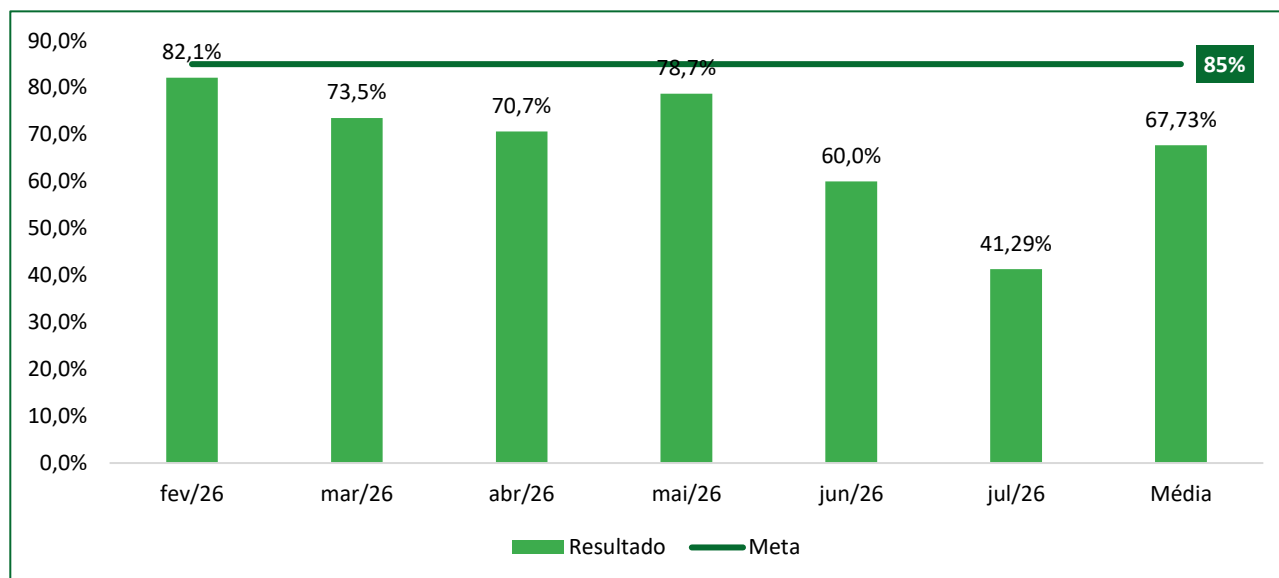
Diante disso, propõe-se estudo técnico-regulatório específico sobre a manutenção, o redimensionamento ou a eventual readequação dos leitos de UTI Pediátrica. Entre as alternativas a serem avaliadas, admite-se a possibilidade de desabilitação ou conversão para leitos de UTI Neonatal e/ou cuidados intermediários neonatais, desde que demonstrada maior aderência ao perfil materno-neonatal da instituição.

Qualquer alteração deverá ser condicionada à análise de demanda reprimida, perfil regional, sazonalidade, bloqueios operacionais, capacidade física, equipe disponível, impacto sobre a rede, pactuação com a Secretaria e instâncias do SUS, além das adequações contratuais, sanitárias e de habilitação.

A decisão não deve se apoiar apenas na taxa de ocupação atual da UTI Pediátrica. Também devem ser considerados os resultados da UTI Neonatal e da UCIN, o fluxo de regulação, o perfil dos recém-nascidos e crianças encaminhados e a capacidade de estruturar uma linha de cuidado completa e sustentável.

O objetivo é assegurar que a terapia intensiva pediátrica, caso mantida, disponha de retaguarda adequada e integração com os demais níveis de cuidado; ou, caso tecnicamente readequada, que a nova configuração responda de forma mais coerente às necessidades regionais e ao perfil assistencial do hospital.

Gráfico 9: Taxa de Ocupação UTI Neonatal, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

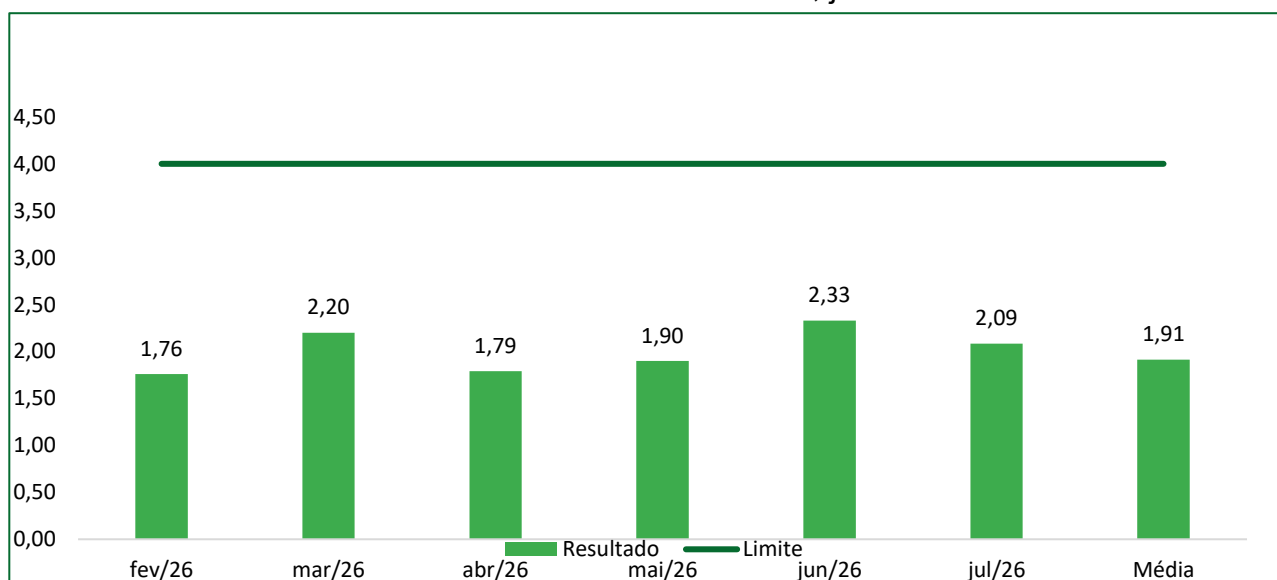
No mês de julho/2026, o relatório Tasy da UTI Neonatal apresentou 13 pacientes, 64 pacientes-dia, 5 leitos ativos, 11 saídas, média de permanência de 5,82 dias e taxa de ocupação de 41,29%.

Para esta unidade, foi mantido o percentual direto do Tasy, sem aplicação do critério utilizado nas enfermarias. A permanência média mais prolongada e a baixa materialidade de eventuais registros pontuais tornam o dado direto mais aderente à rotina assistencial.

O critério adotado é o da materialidade: mesmo que existam movimentações pontuais, o perfil assistencial das unidades críticas reduz o risco de subapuração 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

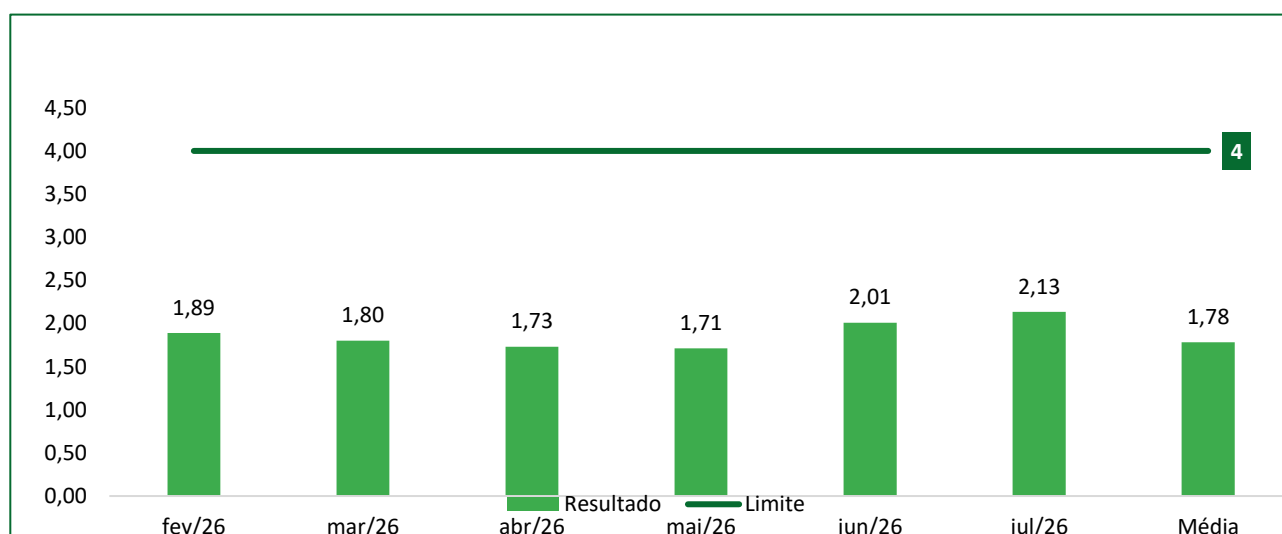
Gráfico 10: Média de Permanência da Clínica Pediátrica, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

A média de permanência na Clínica Pediátrica foi de 2,09 dias, ficando abaixo da meta estabelecida de 4 dias. O resultado indica bom desempenho e eficiência no atendimento, com permanência hospitalar inferior ao limite previsto.

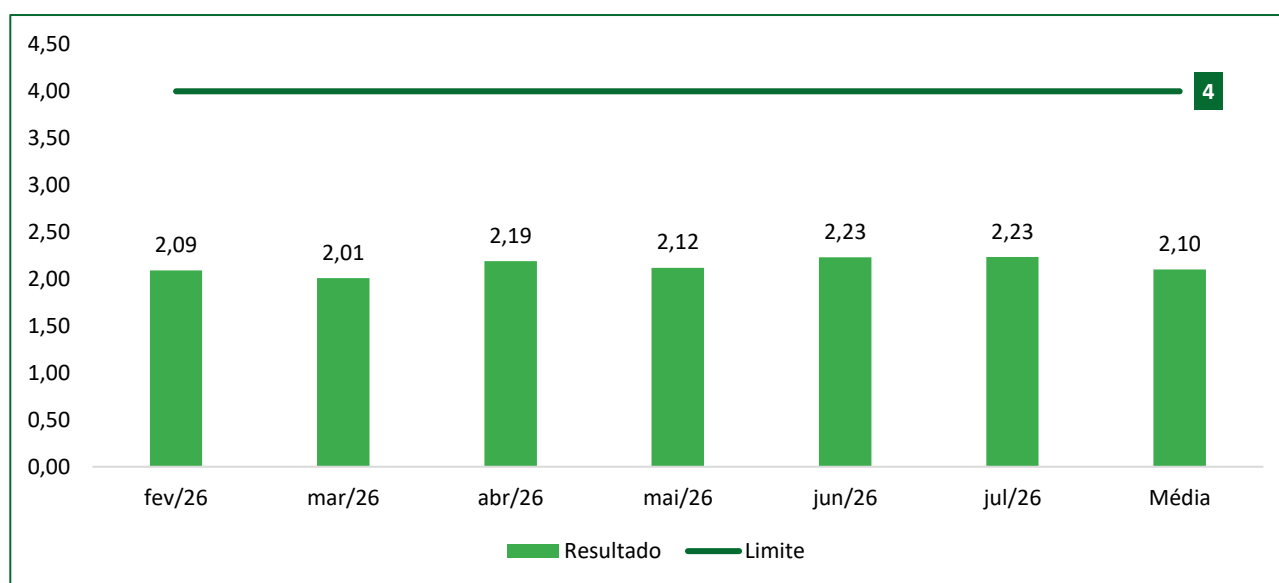
Gráfico 11: Média de Permanência da Clínica Cirúrgica, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

A média de permanência foi de 2,13 dias, ficando 1,87 dia abaixo da meta de 4 dias. Esse resultado representa uma permanência aproximadamente 46,75% inferior ao limite estabelecido, demonstrando desempenho satisfatório e eficiência no fluxo de atendimento, tratamento e alta dos pacientes cirúrgicos.

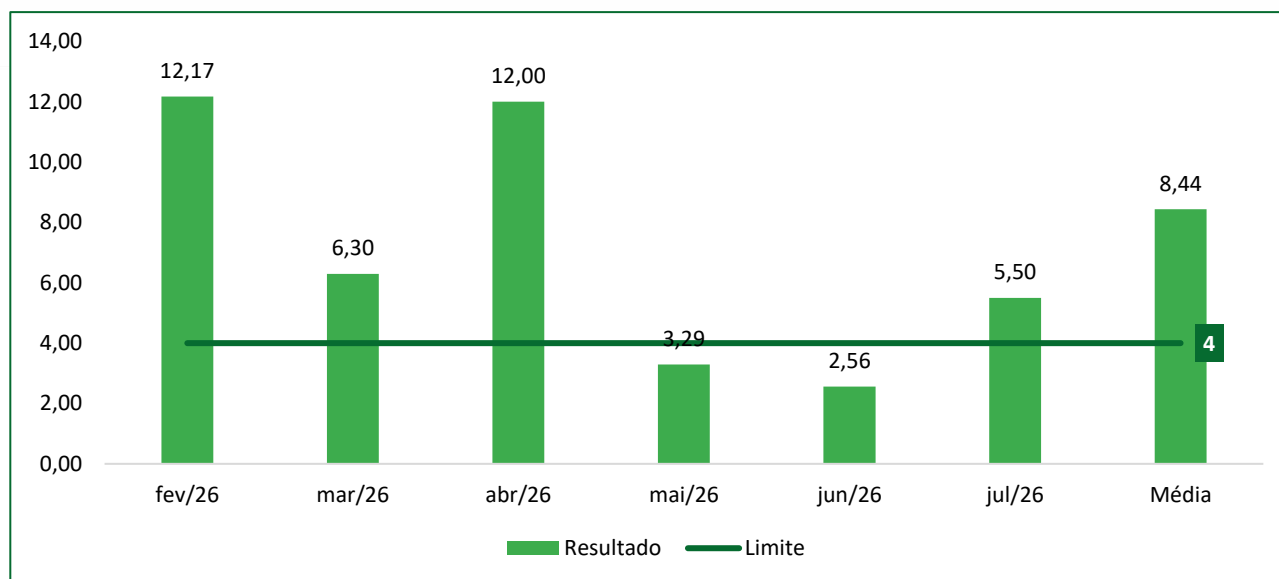
Gráfico 12: Média de Permanência da Clínica Obstétrica, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

A média de permanência na Clínica Obstétrica foi de 2,23 dias, ficando 1,77 dia abaixo da meta estabelecida de 4 dias. O resultado corresponde a uma permanência aproximadamente 44,25% inferior ao limite definido, indicando desempenho satisfatório e eficiência no atendimento, tratamento e processo de alta das pacientes.

Gráfico 13: Média de Permanência da UCIN, julho 2026.

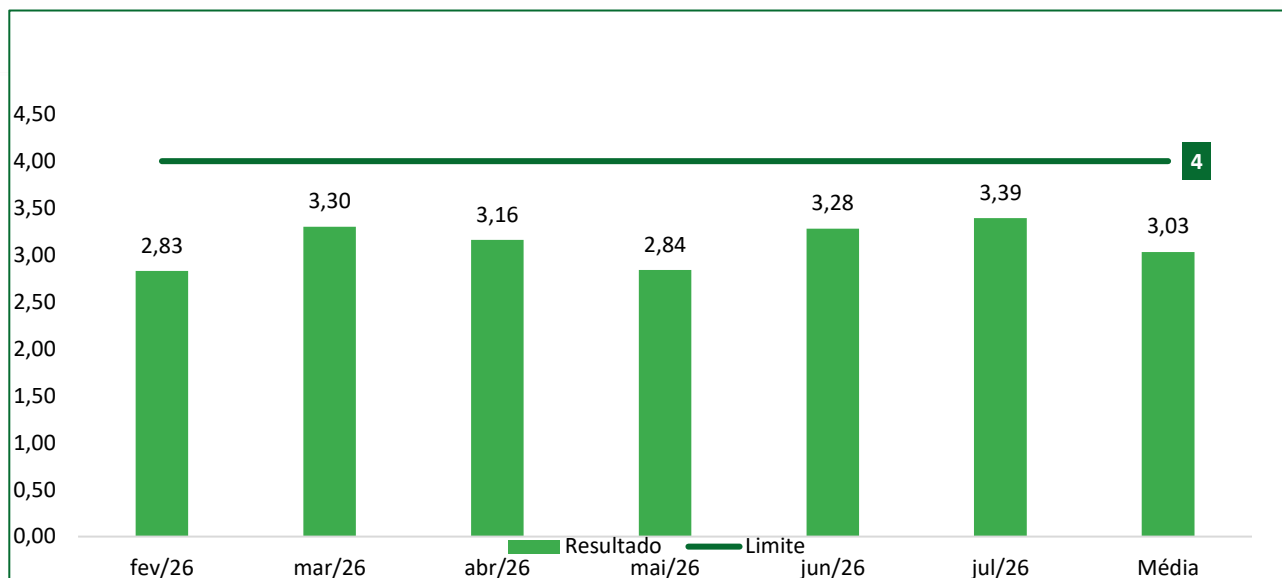


Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

A média de permanência na UCIN foi de 5,50 dias, ficando 1,50 dia acima da meta estabelecida de 4 dias. O resultado está relacionado, principalmente, à necessidade de manutenção dos cuidados neonatais conforme critérios clínicos, incluindo acompanhamento da estabilidade dos recém-nascidos, controle térmico, evolução da alimentação, ganho de peso e segurança para a alta hospitalar.

Apesar de o indicador ter ultrapassado a meta, a permanência foi necessária para assegurar a estabilização clínica e a alta segura dos pacientes, não caracterizando, necessariamente, ineficiência assistencial.

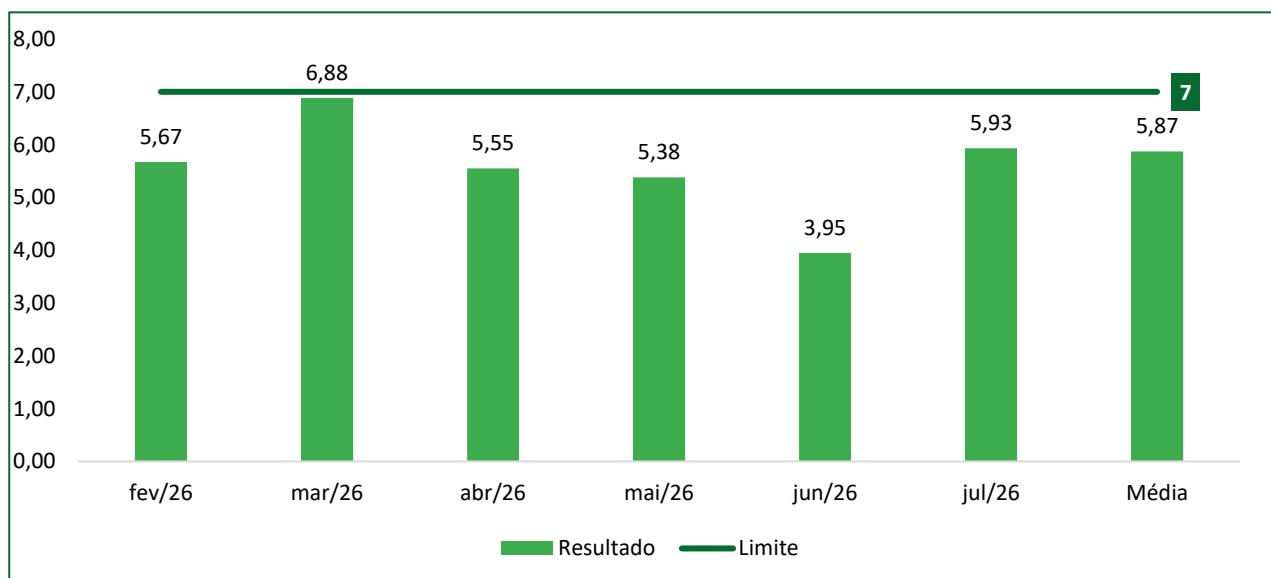
Gráfico 14: Média de Permanência da Clínica Médica, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

A média de permanência na Clínica Médica foi de 3,39 dias, mantendo-se abaixo da meta estabelecida de 4 dias. O resultado representa uma diferença favorável de 0,61 dia, indicando controle adequado do tempo de internação e eficiência na condução clínica e no planejamento das altas.

Gráfico 15: Média de Permanência da UTI Adulto, julho 2026.

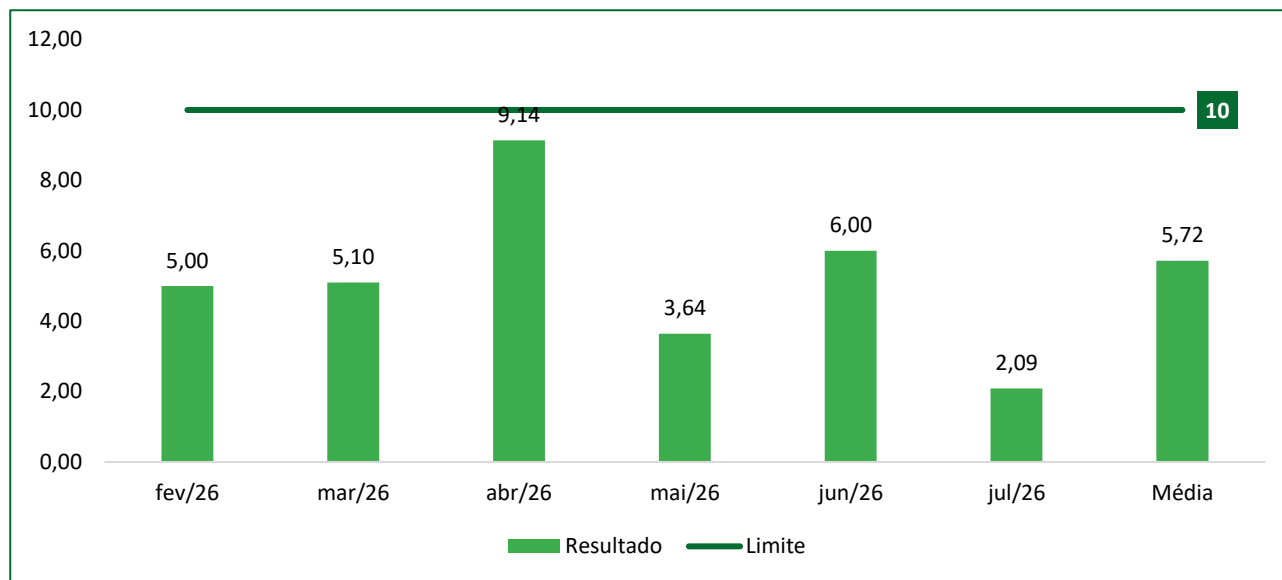


Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

A média de permanência na UTI Adulto foi de 5,87 dias, ficando 1,13 dia abaixo da meta estabelecida de 7 dias. O resultado indica desempenho satisfatório e gestão adequada do tempo de internação, considerando a complexidade dos pacientes críticos.

A permanência observada demonstra eficiência na condução assistencial e na transferência dos pacientes após estabilização clínica, sem ultrapassar o limite definido.

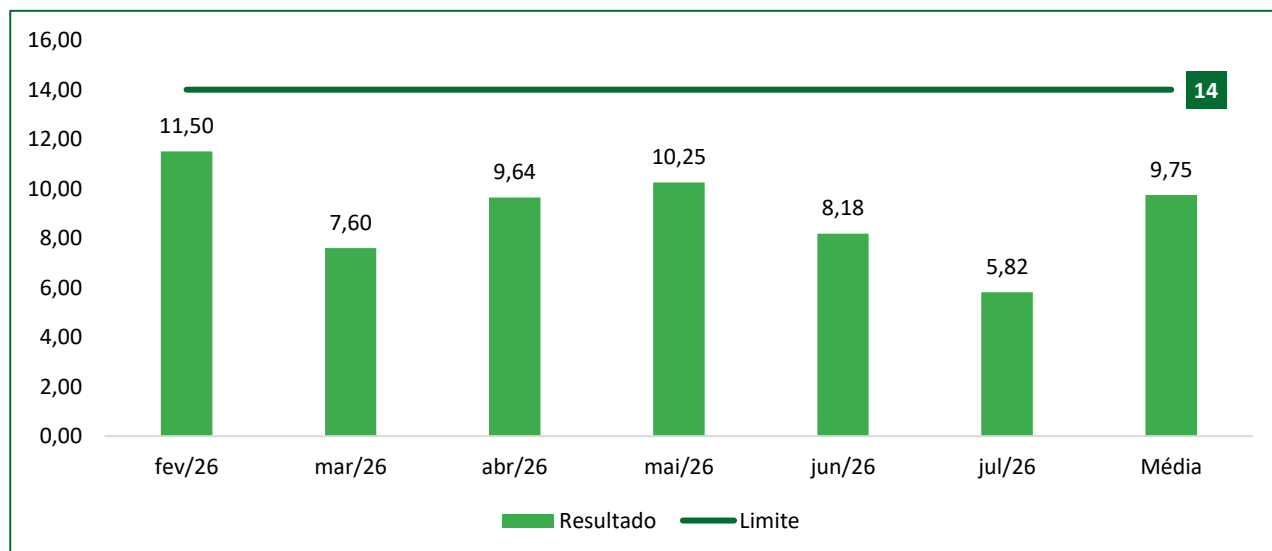
Gráfico 16: Média de Permanência da UTI Pediátrica, julho 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026).

A média de permanência na UTI Pediátrica foi de 2,09 dias, ficando 7,91 dias abaixo da meta estabelecida de 10 dias. O resultado demonstra desempenho favorável e eficiência na condução dos cuidados intensivos, com transferência ou alta dos pacientes após a estabilização clínica.

Gráfico 17: Média de Permanência da UTI Neonatal, julho 2026.

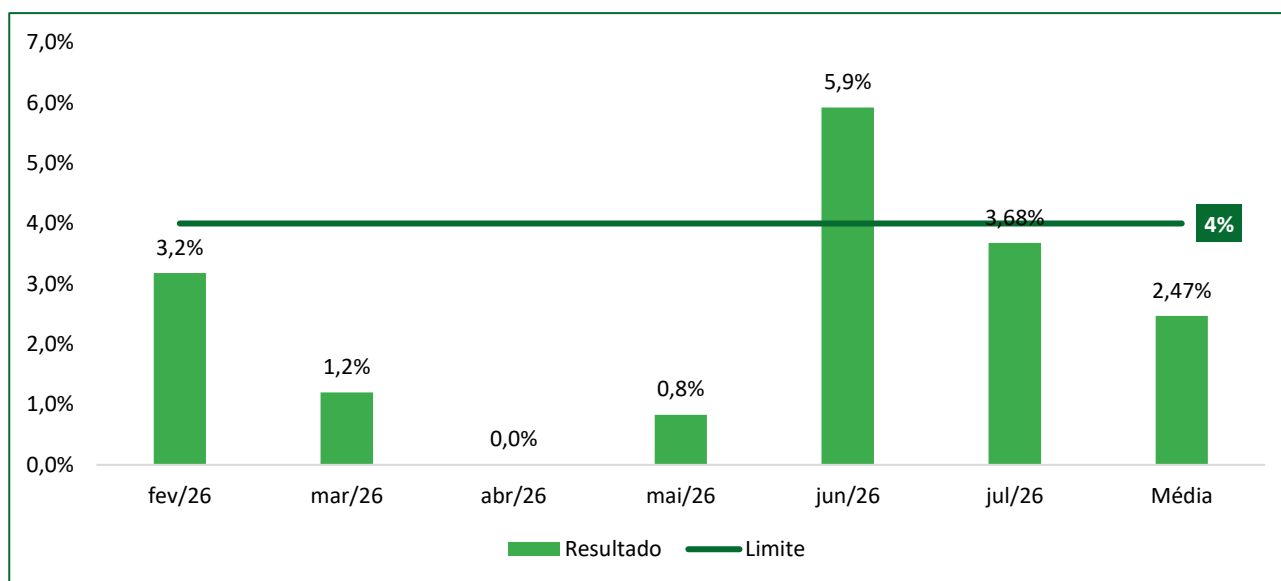


Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A média de permanência na Unidade Neonatal foi de 9,75 dias, ficando 4,25 dias abaixo da meta estabelecida de 14 dias. O resultado indica desempenho satisfatório e controle adequado do tempo de internação, considerando a complexidade e as necessidades clínicas dos recém-nascidos.

A permanência observada demonstra evolução clínica favorável e condução adequada dos cuidados neonatais, com alta ou transferência após o alcance dos critérios de segurança.

Gráfico 18: Taxa de Suspensão de Cirurgia , julho 2026.

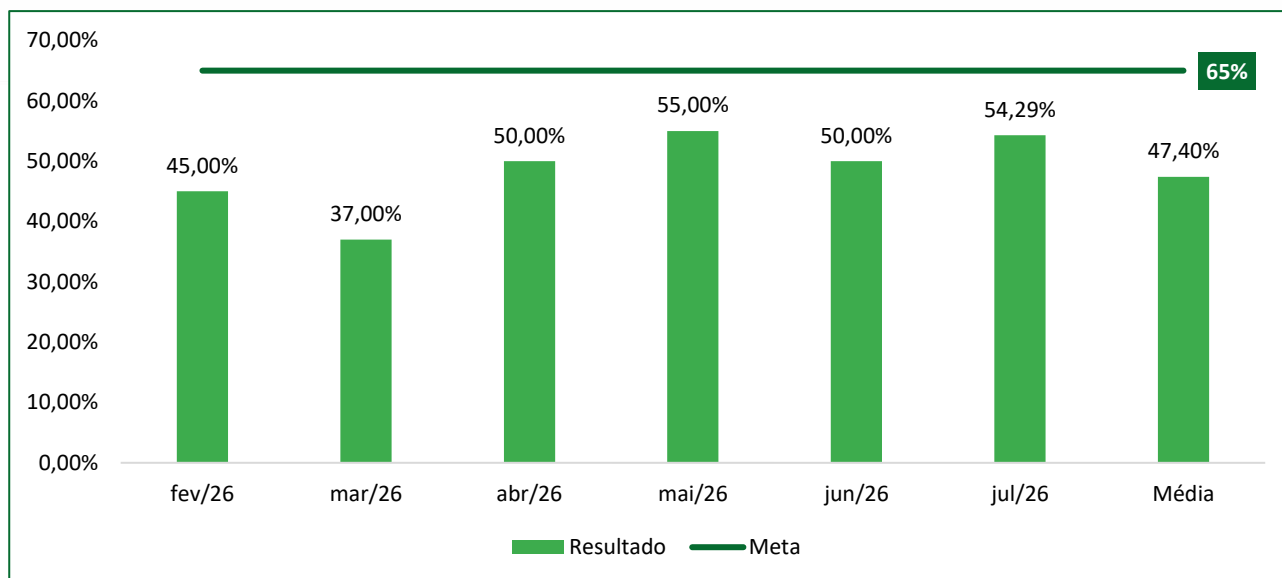


Fonte: Agendamento Cirúrgico HMA(2026)

A taxa de suspensão de cirurgias foi de 3,68%, mantendo-se abaixo da meta estabelecida de 4%. O resultado demonstra desempenho satisfatório no planejamento e na realização dos procedimentos cirúrgicos.

No dia 01/07, cinco procedimentos previamente agendados foram suspensos em razão da substituição das camas, recebidas por meio da Secretaria de Saúde. Ressalta-se que todos os procedimentos foram posteriormente realizados dentro do período analisado, não havendo prejuízo na assistência ou no cumprimento da programação cirúrgica.

Gráfico 19: Proporção de Partos Vaginais, julho 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

Indicador	Resultado de julho/2026
Total de partos com via preenchida	105
Cesáreas (CST e CST + laqueadura)	57 (54,29%)
Partos normais (PN)	48 (45,71%)
Meta assistencial prevista	65% de partos vaginais e 35% de partos cesarianos
Diferença em relação à meta	Parto vaginal: -19,29 p.p.; cesárea: +19,29 p.p.

Em termos percentuais, o levantamento demonstrou 54,29% de partos cesarianos e 45,71% de partos normais entre os registros classificados. Observa-se predominância de partos cesarianos em relação aos partos vaginais, com percentual ainda fora da meta estabelecida no Termo de Referência da Secretaria Municipal de Saúde, que preconiza média assistencial de 65% de partos por via vaginal e 35% de partos cesarianos.

Considerando a análise crítica dos indicadores obstétricos, 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 vem sendo discutida com a Secretaria Municipal de Saúde, 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.

Faixa etária materna	Número de cesáreas	Percentual entre as cesáreas
Até 19 anos	3	5,26%
20 a 34 anos	41	71,93%
35 anos ou mais	12	21,05%
Não informado	1	1,75%

A maior concentração de cesáreas ocorreu na faixa de 20 a 34 anos. A distribuição etária, isoladamente, não define adequação da via de parto e deve ser interpretada em conjunto com a condição clínica, antecedentes obstétricos, idade gestacional, apresentação fetal e demais elementos registrados em prontuário.



GESTÃO EM SAÚDE



11.2. TABELA DAS CESÁREAS: IDADE E INDICAÇÃO REGISTRADA

Registro	Idade	Indicação da cesárea consolidada
1	23	INTERATIVA
3	23	INTERATIVA
4	23	INTERATIVA
5	38	INTERATIVA
6	28	INTERATIVA
7	20	INTERATIVA
8	31	INTERATIVA
13	23	INTERATIVA
15	35	INTERATIVA
18	34	INTERATIVA
19	25	INTERATIVA
24	40	INTERATIVA
25	20	INTERATIVA
26	32	INTERATIVA
27	38	INTERATIVA
28	32	INTERATIVA
30	30	INTERATIVA
31	38	INTERATIVA
32	21	INTERATIVA
34	29	INTERATIVA
35	28	INTERATIVA



GESTÃO EM SAÚDE



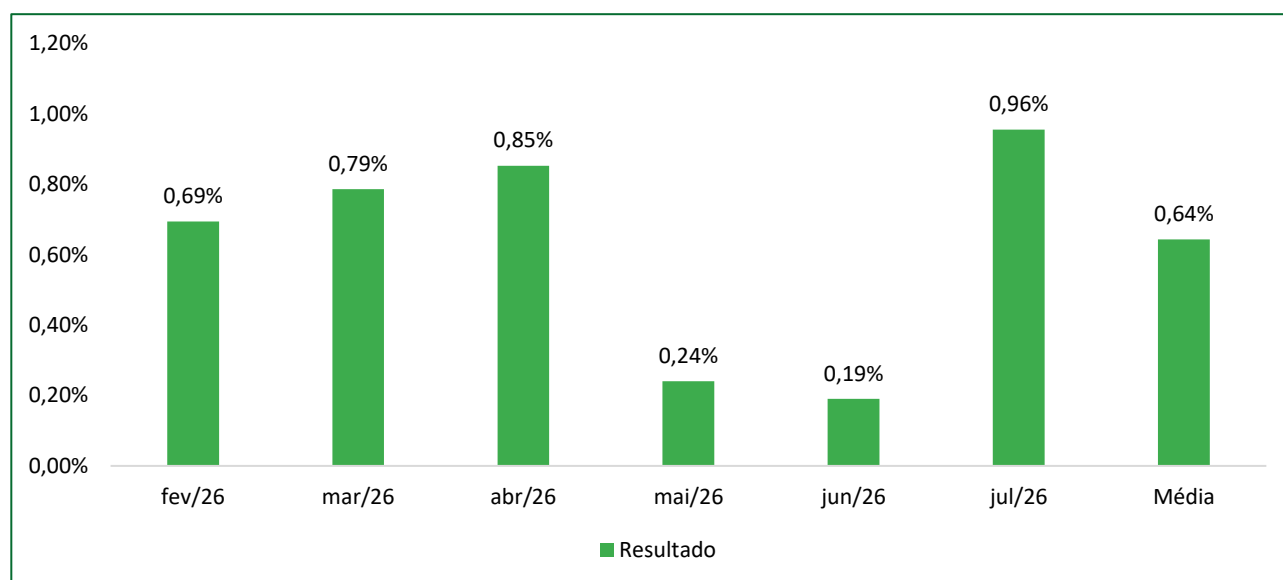
Registro	Idade	Indicação da cesárea consolidada
36	31	INTERATIVA
38	31	INTERATIVA
39	Não informada	PRÉ ECLAPSIA+PREMATURIDADE
42	25	CST ANTERIOR + DESEJO MATERNO
45	26	CST ANTERIOR
49	26	INTERATIVA
51	24	CTG NAO TRANQUILIZADORA
53	30	PLACENTE PREVIA+ SGTO
56	37	C2P1
58	19	CST PELVICO
60	27	HAC MAU CONTROLE +RECUSA DE INDUÇÃO
62	20	FETO GIG RECUSA INDUÇÃO
64	33	INTERATIVA
66	41	OBESIDADE +HAG
70	36	INTERATIVA
72	21	INTERATIVA
73	17	INTERATIVA
76	27	CST ANTERIOR
78	29	HAG + TERMO + DESEJO MATERNO
79	26	PERÍODO INTERPARTAL CURTO, CESÁREA PRÉVIA
81	32	DESACELERAÇÃO

Registro	Idade	Indicação da cesárea consolidada
86	35	CTG NAO TRANQUILIZADORA
87	24	FALHA INDUÇÃO
89	38	CST ANTERIOR
93	28	PARD PROGRESSAO /DESPORPORÇAO CEF PELV
94	33	HAC + DMG-ID + Recusa de Indução
95	24	RECUSA DE INDUÇÃO
96	35	CST ANTERIOR
97	33	CST ANTERIOR
98	19	DESEJO MATERNO
101	25	PARADA DE PROGRESSAO
102	25	FALHA DE PROG+ RECUSA DE CONT, INDU.
103	27	ITERATIVIDADE + PICO PRESSÓRICO +GESTAÇÃO A TERMO
104	25	A TERMO + CARDIOTOCO NÃO TRANQUILIZADORA
105	32	PRÉ TERMO + OLIGODRAMNIO + HISTÓRIA DE ÓBITO FETAL.
108	39	SINDROME DE HELLP

Fonte dos dados: relatórios de taxa de ocupação extraídos do Tasy, competência julho/2026, e Planilha de Partos Julho/2026.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE MORTALIDADE

Gráfico 20: Taxa de Mortalidade não Institucional, julho 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P - Planejar

A mortalidade não institucional foi acompanhada separadamente por corresponder aos óbitos ocorridos antes de completar 24 horas da admissão hospitalar. O indicador foi utilizado para avaliar a porta de entrada, a gravidade de chegada, a classificação de risco, o tempo até o primeiro atendimento, a estabilização inicial e a necessidade de transferência para maior complexidade.

A análise não atribuiu automaticamente esses óbitos à falha assistencial. Foram verificados a compatibilidade da resposta inicial com a condição clínica apresentada e o acionamento oportuno dos recursos disponíveis.

D - Executar

No mês de julho, foram registrados:

Óbitos não institucionais adultos: 6

Total de saídas hospitalares: 628

Fórmula da mortalidade não institucional:

$$6 \div 628 \times 100 = 0,96\%$$

Assim, a taxa de mortalidade não institucional no mês de julho foi de 0,96%.

Os 6 eventos representaram 21,43% do total de óbitos de julho e corresponderam a 0,96% das 628 saídas hospitalares.

C - Checar

A taxa de mortalidade não institucional de 0,96% apresentou aumento de 0,64 ponto percentual em relação a junho, quando o indicador foi de 0,32%. Por se tratarem de óbitos ocorridos em período inferior a 24 horas, a análise considerou a possibilidade de admissão em condições clínicas avançadas, instabilidade grave, doenças de rápida evolução, demora pré-hospitalar ou necessidade de suporte acima da capacidade instalada.

Todos os casos foram revisados quanto à classificação de risco, ao tempo até o primeiro atendimento médico, à realização de exames essenciais, à definição diagnóstica, à estabilização, ao acionamento da equipe multiprofissional, à disponibilidade de recursos e à regulação para maior complexidade quando indicada.

A revisão individual registrou, quando presente, o contexto paliativo ou o vínculo com procedimento cirúrgico, mantendo essas classificações nos pareceres técnicos e sem dupla contagem no consolidado mensal.

A - Agir

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

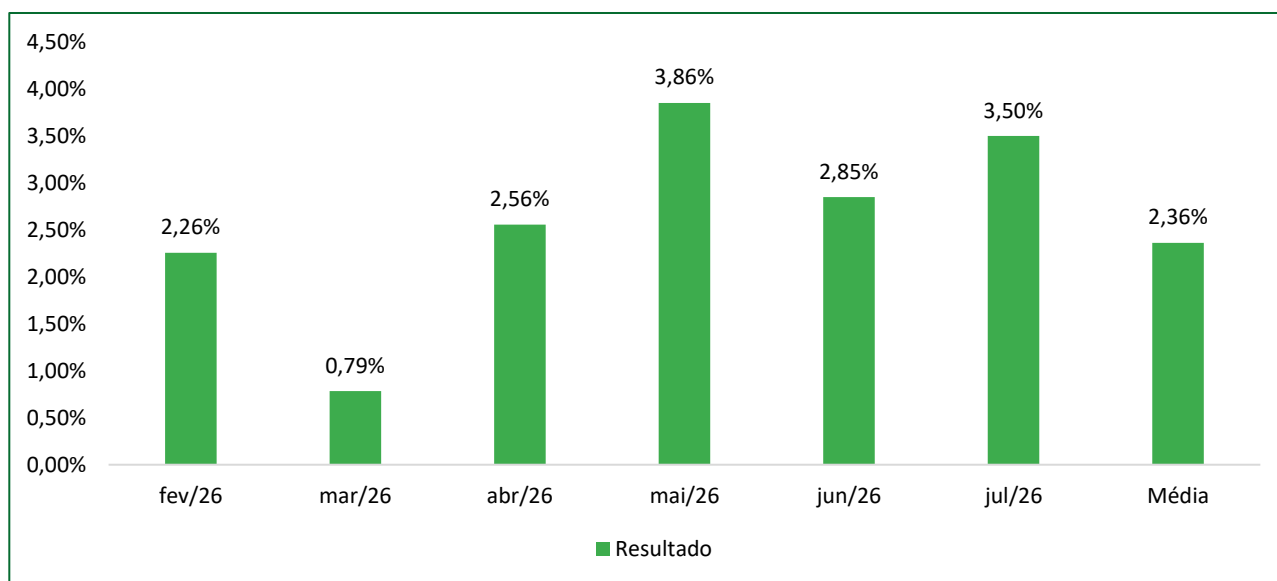
Foram realizadas as seguintes ações:

- Os 6 óbitos ocorridos antes de 24 horas foram avaliados individualmente;
- Foi verificada a classificação de risco atribuída na chegada;
- Foram monitorados o tempo até o primeiro atendimento médico e o início da estabilização;
- Foram avaliadas a oportunidade de exames e a oferta de suporte ventilatório, hemodinâmico e terapêutico;

- Foram revisados os fluxos de atendimento a pacientes graves e os protocolos de reanimação;
- Foram analisados a necessidade e o tempo de transferência para maior complexidade;
- Foi fortalecida a comunicação entre recepção, enfermagem, equipe médica, diagnóstico e regulação;
- Foram registradas, quando aplicáveis, a condição paliativa e as decisões de limitação terapêutica.

As medidas executadas tiveram como foco o aprimoramento da resposta assistencial inicial e a redução de riscos evitáveis nos pacientes admitidos em condição crítica.

Gráfico 21: Taxa de Mortalidade Institucional, julho 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P - Planejar

A mortalidade institucional foi acompanhada como indicador de qualidade e segurança assistencial. Para fins de monitoramento interno, foi considerado óbito institucional aquele ocorrido após 24 horas ou mais da admissão hospitalar.

A análise teve como objetivo avaliar a evolução dos pacientes durante a internação, identificar possíveis fragilidades no reconhecimento de agravamento clínico e verificar a

efetividade dos protocolos, a oportunidade das intervenções, o acesso ao suporte intensivo, a comunicação entre equipes e a adequação da condução paliativa quando indicada.

D - Executar

No mês de julho, foram registrados:

Óbitos institucionais adultos: 22

Total de saídas hospitalares: 628

Fórmula da mortalidade institucional:

$$22 \div 628 \times 100 = 3,50\%$$

Assim, a taxa de mortalidade institucional no mês de julho foi de 3,50%.

Os 22 eventos corresponderam a 78,57% do conjunto de óbitos do mês e, em relação às 628 saídas hospitalares, resultaram em taxa de mortalidade institucional de 3,50%.

C - Checar

A predominância de óbitos institucionais demonstrou que a maior parte dos desfechos ocorreu após o primeiro dia de internação. A revisão concentrou-se na trajetória assistencial intra-hospitalar, incluindo evolução clínica, reconhecimento de sinais de deterioração, resposta médica e multiprofissional, disponibilidade de exames, necessidade de UTI, regulação e continuidade do plano terapêutico.

A revisão individual relacionou os 16 óbitos em contexto paliativo às respectivas categorias temporais, mantendo essas informações nos pareceres técnicos e evitando dupla contagem no consolidado mensal.

A taxa de mortalidade institucional de 3,50% ficou 0,50 ponto percentual acima da referência de 3% utilizada no modelo institucional de acompanhamento e apresentou aumento de 1,11 ponto percentual em relação a junho, quando o indicador foi de 2,39%. O resultado foi tratado como ponto de atenção e permaneceu submetido à análise individual dos casos, considerando a complexidade clínica, a evolução assistencial, a presença de cuidados paliativos e a eventual evitabilidade dos desfechos.

A - Agir

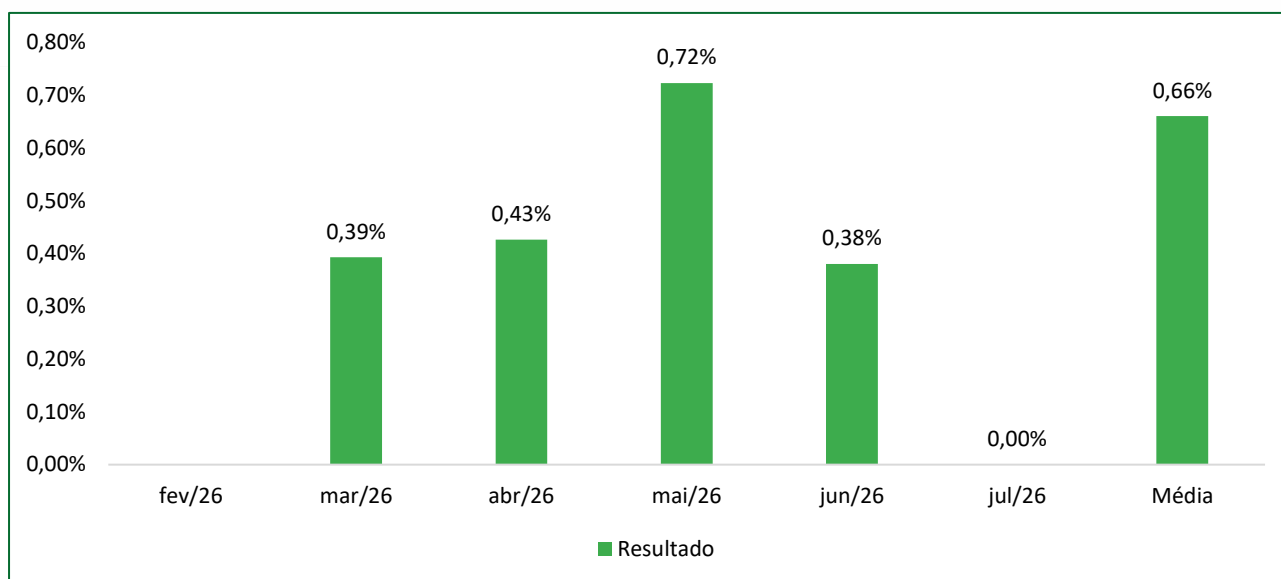
A unidade realizou a revisão sistemática dos óbitos institucionais, com foco na qualificação da assistência prestada aos pacientes internados.

Foram realizadas as seguintes ações:

- Foram analisados individualmente os 22 prontuários de óbitos institucionais;
- Foram reforçados o reconhecimento precoce de deterioração clínica e a ativação de resposta rápida;
- Foi monitorada a adesão aos protocolos de sepse, insuficiência respiratória e demais condições críticas;
- Foram avaliados os tempos de resposta da equipe médica, multiprofissional e dos serviços de apoio diagnóstico;
- Foi fortalecida a comunicação entre enfermarias, UTI, NIR, centro cirúrgico e equipes assistenciais;
- Foram revisados a indicação, o registro e a comunicação dos cuidados paliativos;
- Foram verificados o acesso e a oportunidade de transferência para maior complexidade;
- Foram qualificados os registros em prontuário e a cadeia causal da Declaração de Óbito;
- Foram registradas e executadas ações corretivas sempre que a revisão identificou oportunidades de melhoria ou fragilidades de processo.

O acompanhamento longitudinal realizado estabeleceu base para a identificação de padrões recorrentes, o monitoramento da tendência do indicador e o fortalecimento das práticas de segurança do paciente.

Gráfico 22: Taxa de Mortalidade Materna/Infantil Institucional, julho 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P - Planejar

A mortalidade materna foi acompanhada como indicador prioritário da qualidade da assistência obstétrica e da segurança da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. O monitoramento buscou identificar precocemente riscos, acompanhar intercorrências, avaliar a adesão aos protocolos e garantir encaminhamento oportuno para maior complexidade nos casos em que houve indicação.

Mesmo na ausência de óbitos, o indicador permaneceu sob vigilância contínua, considerando que a não ocorrência do evento não eliminou o risco assistencial.

D - Executar

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

Óbitos maternos: 0

Durante o período, foram mantidas as rotinas de identificação de sinais de risco, acompanhamento de gestantes e puérperas, manejo de intercorrências e avaliação da necessidade de transferência para serviços de maior complexidade.

C - Checar

A ausência de mortalidade materna representou resultado favorável para o período. A avaliação da linha obstétrica incluiu, além do óbito, os casos de near miss materno, hemorragias, síndromes hipertensivas, infecções, sepse, complicações anestésicas, tromboembolismo, intercorrências puerperais e necessidade de transferência.

O resultado foi acompanhado por vigilância contínua, identificação precoce de agravamento e resposta integrada entre obstetrícia, anestesia, enfermagem, laboratório, banco de sangue, UTI e regulação.

A - Agir

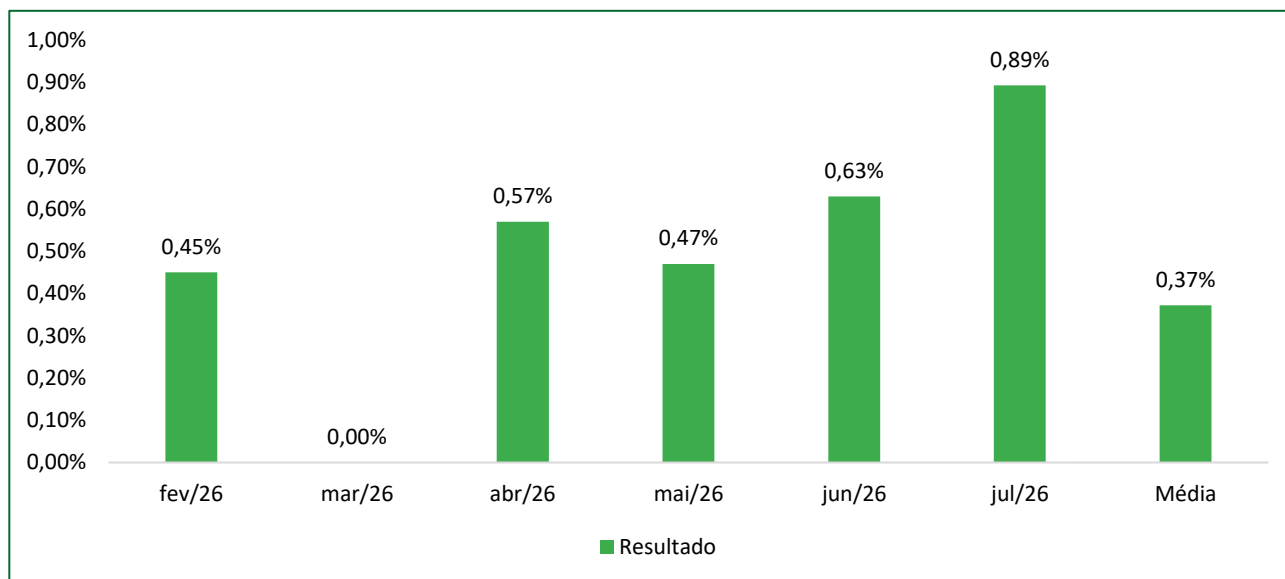
A unidade manteve as ações preventivas e a vigilância contínua para redução do risco materno.

Foram realizadas as seguintes ações:

- Foi mantido o monitoramento dos atendimentos obstétricos e puerperais;
- Foi reforçada a identificação precoce de sinais de risco materno;
- Foi monitorada a adesão aos protocolos de hemorragia, hipertensão, sepse e outras emergências obstétricas;
- Foram avaliadas a necessidade e a oportunidade de transferência para maior complexidade;
- Foram qualificados os registros assistenciais obstétricos;
- Foram monitorados os casos graves e de near miss materno;
- Foram promovidas discussões técnicas das intercorrências relevantes;
- Foi fortalecida a comunicação entre equipe médica, enfermagem, UTI, regulação e rede de referência.

O resultado favorável, sem registro de óbito materno, foi acompanhado pela continuidade das ações preventivas e da vigilância assistencial.

Gráfico 23: Taxa de Mortalidade Cirúrgica, julho 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P - Planejar

A mortalidade cirúrgica foi monitorada como indicador de efetividade e segurança da assistência cirúrgica. O indicador relacionou o número de óbitos cirúrgicos ao total de procedimentos realizados no período.

A revisão dos três casos considerou a condição clínica pré-operatória, a idade, as comorbidades, o caráter da cirurgia - urgência ou eletiva -, o risco anestésico, a oportunidade do diagnóstico e do procedimento, a complexidade do caso, a aplicação do protocolo de cirurgia segura, as intercorrências e a evolução pós-operatória.

D - Executar

No mês de julho, a unidade registrou:

Cirurgias Gerais: 279

Cesárias: 57

Total de cirurgias realizadas: 336

Óbitos cirúrgicos: 3

Cálculo da mortalidade cirúrgica:



GESTÃO EM SAÚDE

$$3 \div 336 \times 100 = 0.89\%$$



Assim, a taxa bruta de mortalidade cirúrgica no mês de julho foi de 1,00%.

Do volume cirúrgico, 192 procedimentos foram de urgência, correspondendo a 64,21%, e 107 foram eletivos, equivalentes a 35,79%.

C - Checar

O resultado bruto de 1,00% representou aumento de 0,21 ponto percentual em relação a junho, quando a taxa foi de 0,79%. A comparação foi interpretada em conjunto com o perfil dos procedimentos e com a gravidade dos pacientes. A maior parte da produção foi composta por cirurgias de urgência, grupo com potencial de concentrar casos de maior instabilidade, menor tempo para otimização pré-operatória e maior risco de complicações.

Os três óbitos foram revisados individualmente quanto ao caráter de urgência ou eletivo. Como este consolidado manteve a apresentação da taxa cirúrgica global, não foi calculada taxa específica por caráter cirúrgico neste documento.

Também foi verificada eventual sobreposição entre óbito cirúrgico e cuidados paliativos. Essa informação foi registrada nos pareceres individuais, sem exclusão automática do indicador cirúrgico.

A taxa, por si só, não permitiu concluir sobre evitabilidade ou falha assistencial. Os três casos foram avaliados quanto à indicação do procedimento, à oportunidade cirúrgica, à estratificação de risco, ao suporte anestésico, à antibioticoprofilaxia, ao controle de foco, à ocorrência de hemorragia, à tromboprofilaxia, aos cuidados pós-operatórios, à necessidade de UTI e ao reconhecimento de deterioração clínica.

A - Agir

A unidade realizou a análise dos óbitos cirúrgicos e o acompanhamento dos processos relacionados à segurança perioperatória.

Foram realizadas as seguintes ações:

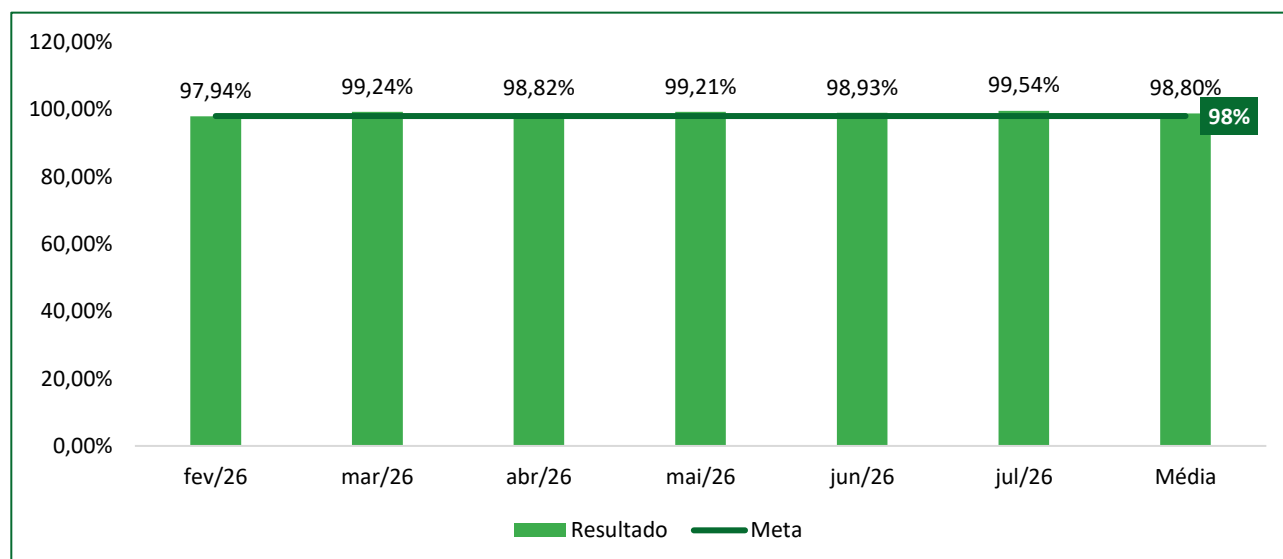
- Os 3 óbitos cirúrgicos foram discutidos em comissão técnica;
- Cada caso foi classificado quanto ao caráter de urgência ou eletivo, com registro no respectivo parecer técnico;

- Foram avaliados a indicação cirúrgica, a oportunidade do procedimento e o tempo entre a decisão e o início da cirurgia;
- Foram monitorados os pacientes cirúrgicos de maior risco clínico e a necessidade de UTI;
- Foram reforçados a aplicação do protocolo de cirurgia segura e os processos de comunicação da equipe;
- Foram avaliados a antibioticoprofilaxia ou antibioticoterapia, o controle de foco, a hemostasia e o suporte hemodinâmico;
- Foram acompanhadas as intercorrências pós-operatórias e os sinais de deterioração clínica;
- Foram identificadas oportunidades de melhoria nos fluxos cirúrgicos de urgência e eletivos.

O monitoramento realizado incorporou os eventos graves ao processo de aprendizagem institucional e ao aprimoramento 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

Gráfico 24: Taxa de Classificação de Risco , julho 2026.



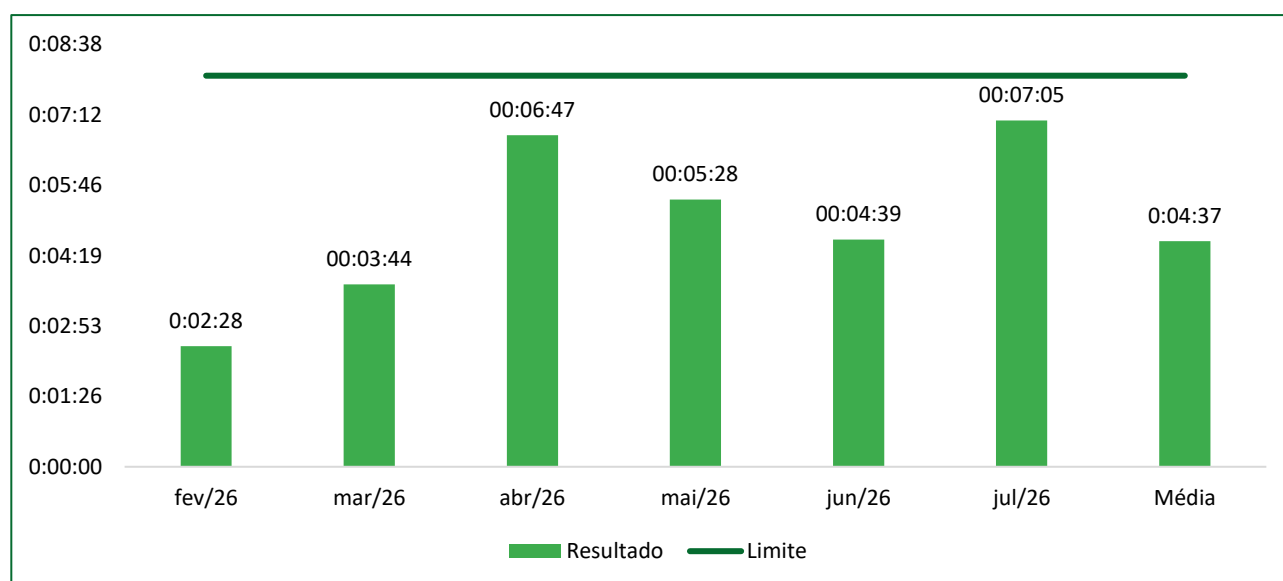
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

No período avaliado, o indicador de Classificação de Risco apresentou resultado de 99,54%, superando a meta estabelecida de 98% em 1,54 ponto percentual. Esse desempenho corresponde ao cumprimento de aproximadamente 101,57% da meta prevista, evidenciando resultado satisfatório e acima do parâmetro institucional.

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

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

Gráfico 25: Tempo Médio de espera para Classificação de Risco, julho 2026.

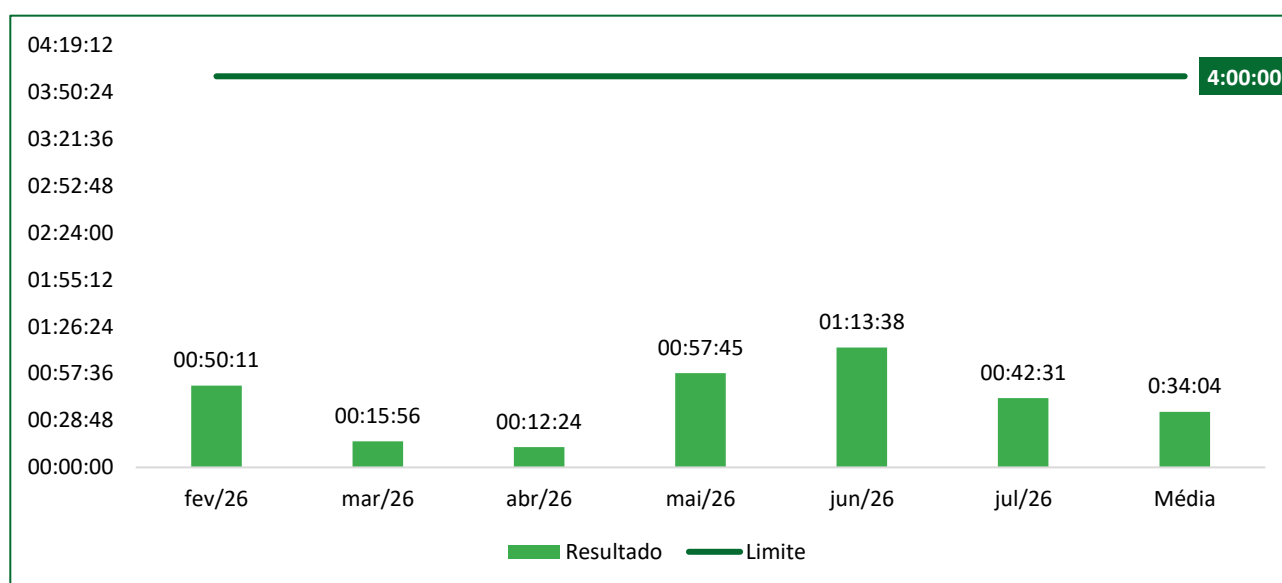


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O tempo médio para a classificação de risco foi de 00:07:05, permanecendo abaixo da meta estabelecida de 8 minutos. O resultado representa um tempo 55 segundos inferior ao limite definido, demonstrando agilidade no acolhimento e na avaliação inicial dos pacientes.

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

Gráfico 26: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Azul/Não Urgente, julho 2026.



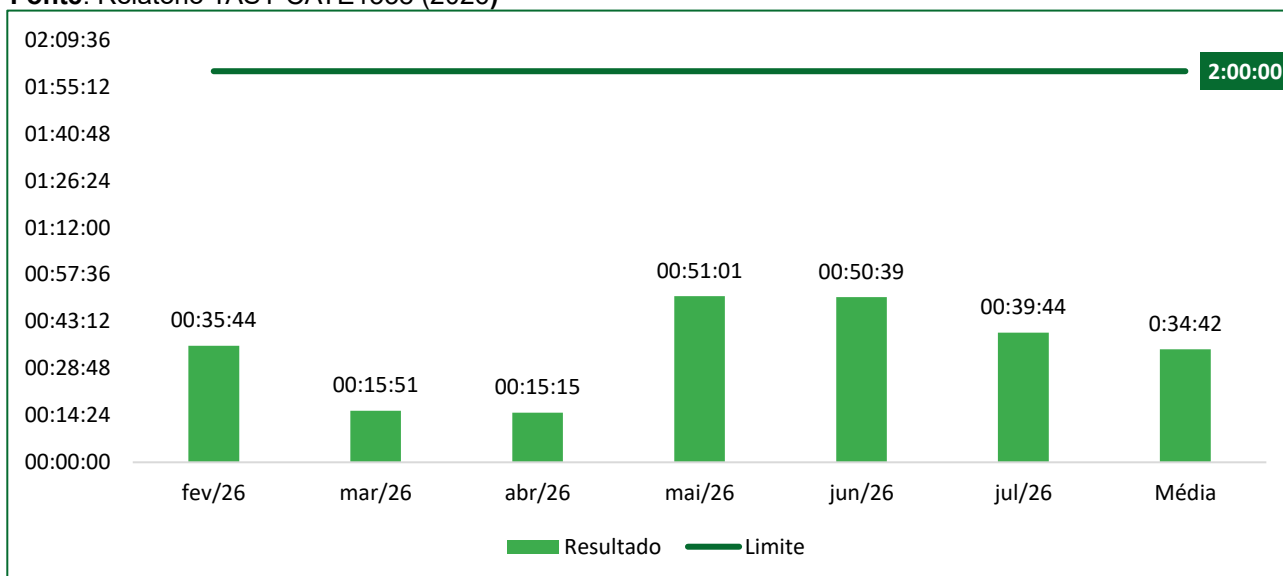
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O tempo médio de atendimento dos pacientes classificados com a cor azul foi de 00:42:31, permanecendo abaixo da meta estabelecida de 4 horas. O resultado representa um tempo 3 horas, 17 minutos e 29 segundos inferior ao limite definido, indicando desempenho satisfatório e agilidade no atendimento dos casos de menor gravidade clínica.

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

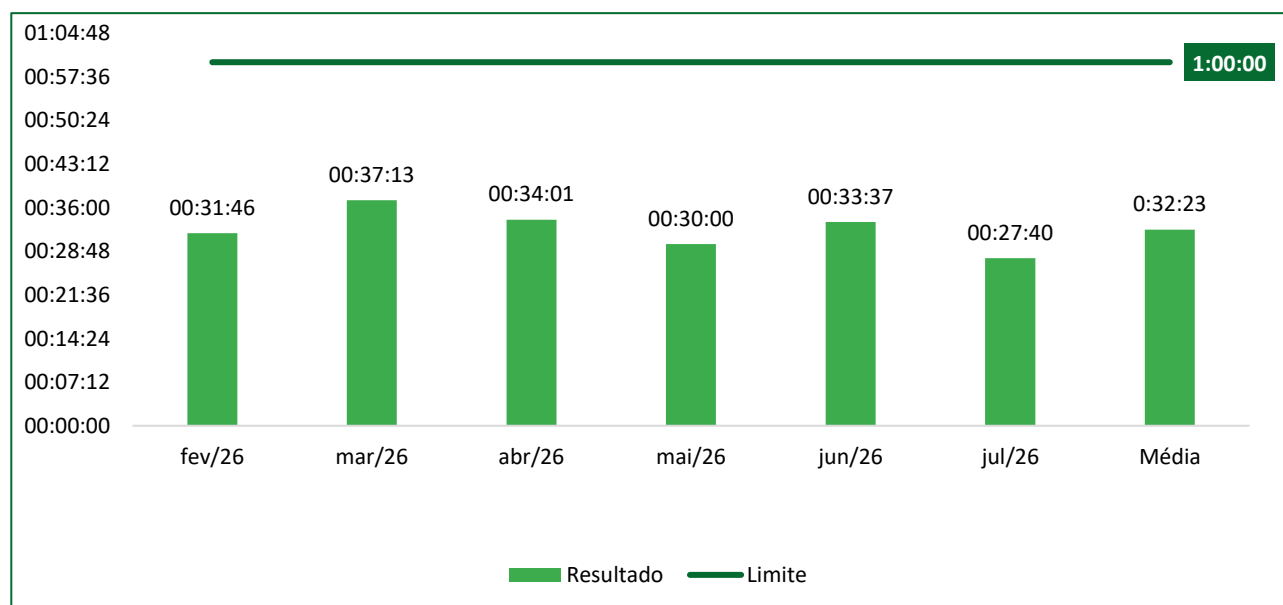
Gráfico 27: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Verde/Pouco Urgente, julho 2026.

Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)



O tempo médio de atendimento dos pacientes classificados com a cor verde foi de 00:39:44, permanecendo abaixo da meta estabelecida de 2 horas. O resultado representa um tempo 1 hora, 20 minutos e 16 segundos inferior ao limite definido, demonstrando agilidade e cumprimento do tempo esperado para os atendimentos de menor gravidade.

Gráfico 28: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Amarelo/ Urgente, julho 2026.

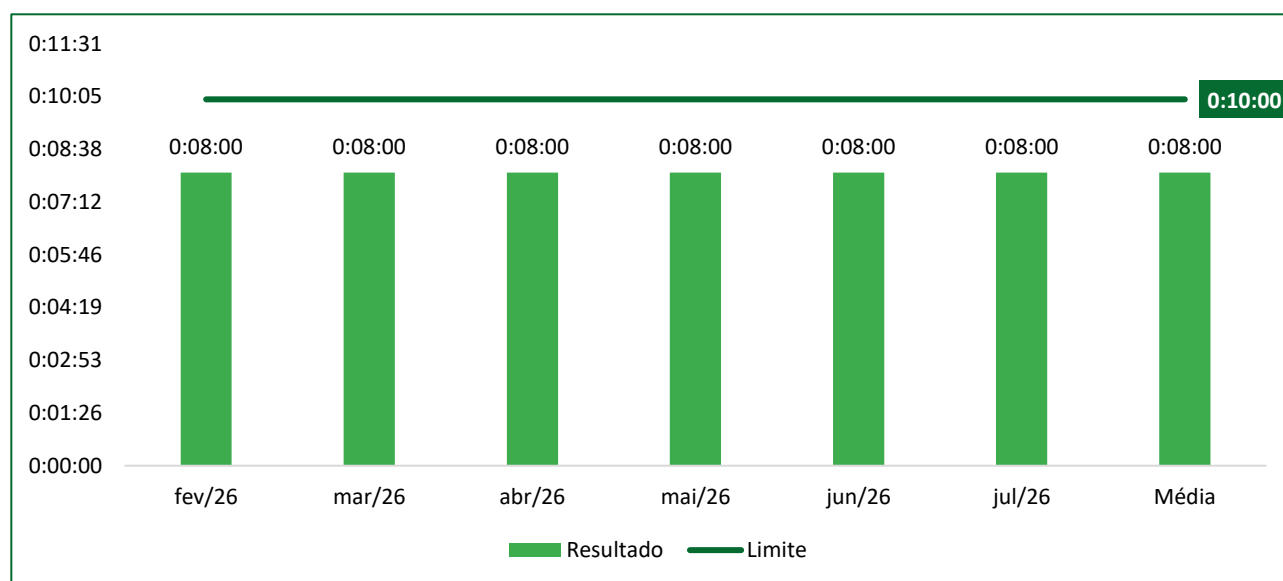


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

Para os pacientes classificados com a cor amarela, o tempo médio de atendimento foi de 00:27:40, frente à meta de até 1 hora. O resultado ficou 32 minutos e 20 segundos abaixo do limite estabelecido, evidenciando resposta assistencial dentro do tempo adequado para casos de maior prioridade clínica.

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

Gráfico 29: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Laranja/ Muito Urgente, julho 2026.



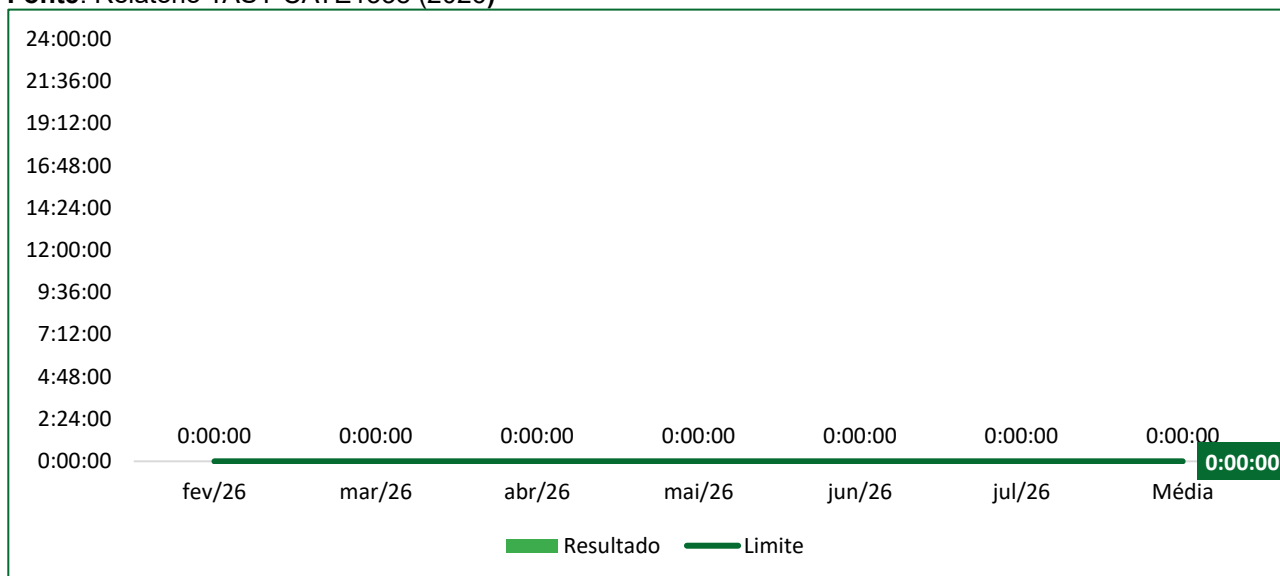
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

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

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

Gráfico 30: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Vermelho/ Emergência, julho 2026.

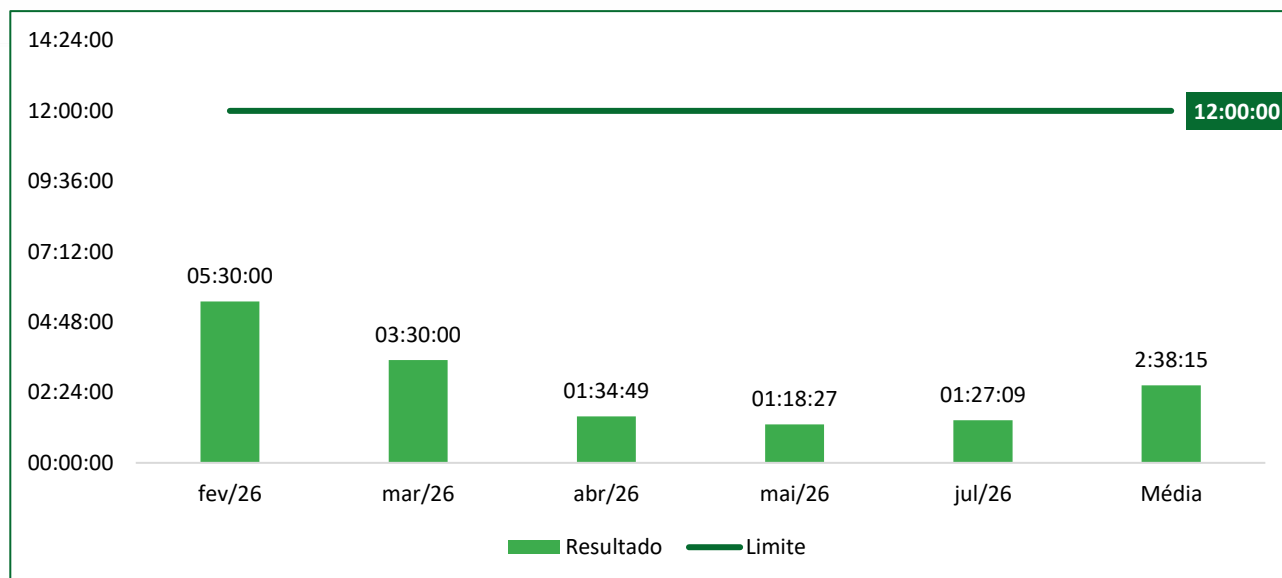
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)



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

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

Gráfico 31: Tempo Médio De Permanência No PS Geral Até 12 Horas, julho 2026.

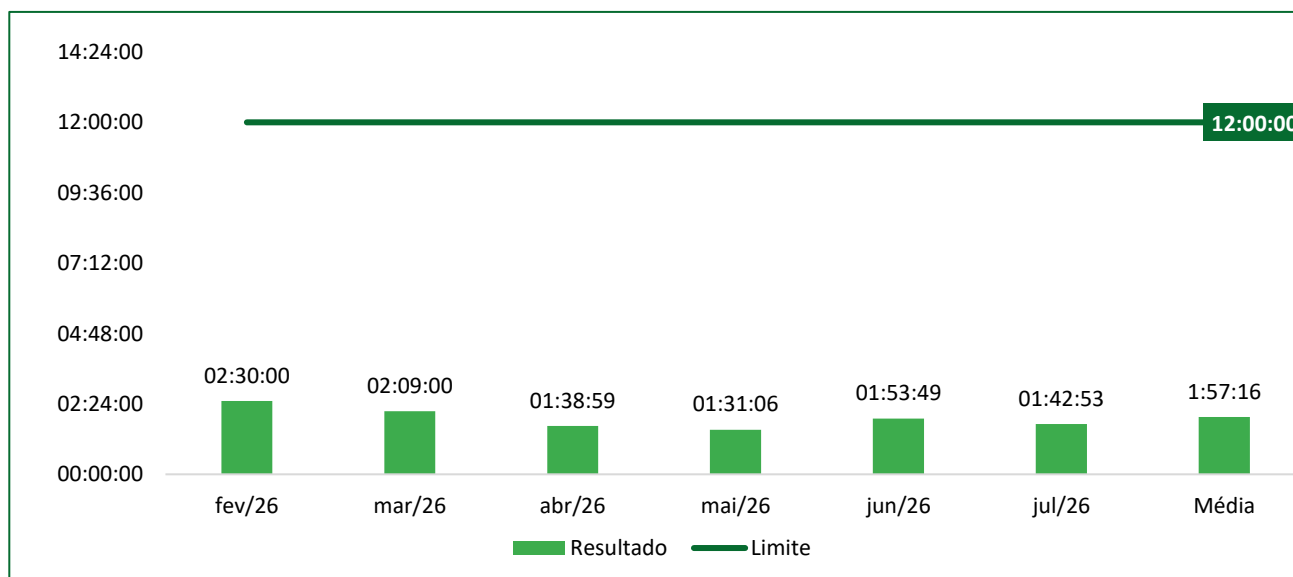


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O tempo médio de espera no Pronto-Socorro Geral foi de 01:27:09, permanecendo dentro da meta estabelecida de até 12 horas. O resultado ficou 10 horas, 32 minutos e 51 segundos abaixo do limite, demonstrando um fluxo de atendimento adequado e capacidade de resposta dentro do prazo previsto.

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

Gráfico 32: Tempo Médio De Permanência No PS Obstétrico Até 12 Horas, julho 2026.

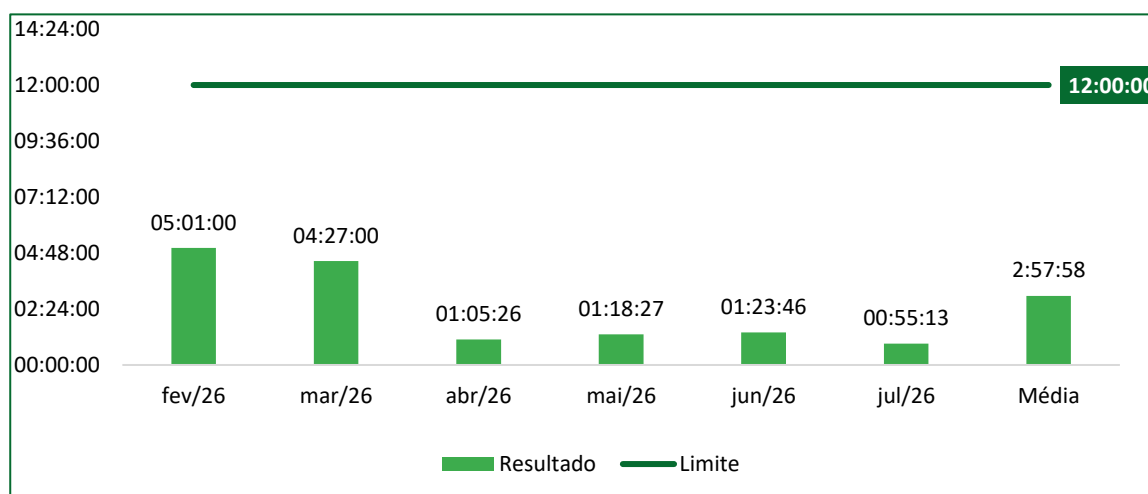


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

No Pronto-Socorro Obstétrico, o tempo médio de espera registrado foi de 01:57:16, resultado significativamente inferior à meta de 12 horas. Houve uma margem favorável de 10 horas, 2 minutos e 44 segundos, evidenciando que as pacientes foram avaliadas e encaminhadas em tempo adequado, conforme a prioridade clínica identificada.

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

Gráfico 33: Tempo Médio De Permanência No PS Infantil Até 12 Horas, julho 2026.



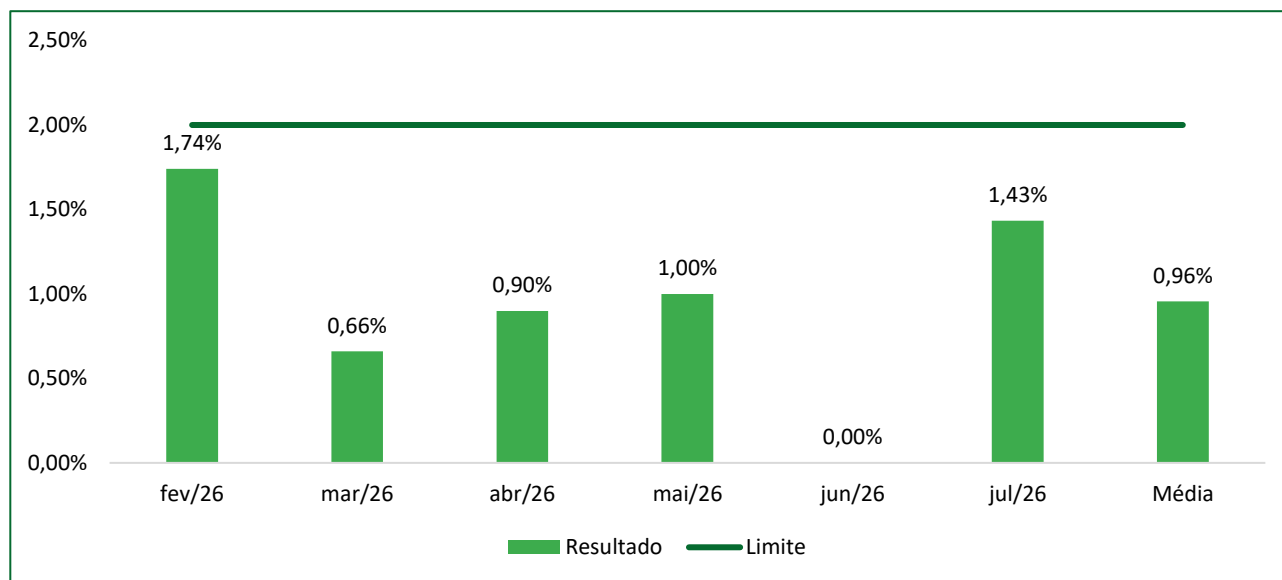
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O Pronto-Socorro Infantil apresentou tempo médio de espera de 00:55:13, mantendo-se dentro da meta estabelecida de até 12 horas. O resultado ficou 11 horas, 4 minutos e 47 segundos abaixo do limite, demonstrando um fluxo de atendimento ágil e adequado às necessidades dos pacientes pediátricos.

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

INDICADORES – SEGURANÇA DO PACIENTE

Gráfico 34: Taxa global de infecção Hospitalar, julho 2026.



Fonte: SCIH HMA (2026)

A taxa global de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) registrada em julho de 2026 foi de 1,43%, permanecendo dentro da meta institucional estabelecida (<2%). Apesar do resultado satisfatório em relação ao parâmetro institucional, observou-se aumento quando comparado ao mês de junho de 2026, cujo indicador foi de aproximadamente 0,31%. Essa variação evidencia mudança no comportamento epidemiológico do período e reforça a importância da vigilância contínua dos processos assistenciais.

A elevação do indicador esteve relacionada principalmente à ocorrência de infecções associadas a dispositivos invasivos na Unidade de Terapia Intensiva Geral, representadas por dois casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), um caso de Traqueobronquite Associada à Ventilação Mecânica (TRAQ-VM) e um caso de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial associada ao Cateter Venoso Central (IPCSL-CVC). Também contribuíram para o aumento do indicador dois casos de conjuntivite neonatal na UTI Neonatal, além de dois casos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) após

cesariana, indicando necessidade de avaliação específica dos processos assistenciais envolvidos.

Embora a meta global tenha sido atingida, a distribuição dos casos demonstra concentração de eventos em áreas críticas e em pacientes submetidos a procedimentos de maior complexidade, especialmente aqueles expostos a dispositivos invasivos e intervenções cirúrgicas. Esse perfil reforça a necessidade de monitoramento contínuo da adesão às medidas de prevenção recomendadas, incluindo bundles assistenciais, práticas de higiene das mãos, técnica asséptica durante inserção e manutenção de dispositivos invasivos, além da revisão sistemática das indicações clínicas e do tempo de permanência desses dispositivos.

Sob o ponto de vista microbiológico, destacam-se os isolamentos de *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus spp.* e *Enterococcus faecalis*, microrganismos frequentemente associados às infecções relacionadas à assistência à saúde e que demandam acompanhamento conjunto entre o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, a equipe assistencial e o Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos (Stewardship), visando otimizar a terapêutica, reduzir pressão seletiva e prevenir disseminação de microrganismos multirresistentes.

Distribuição dos casos:

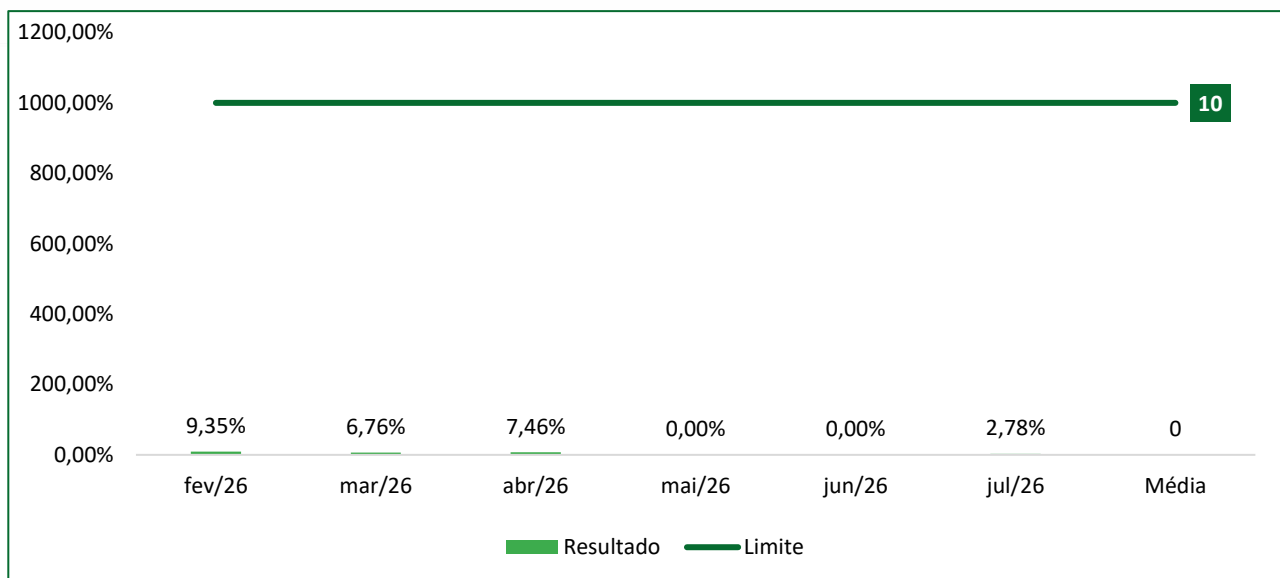
- PAV: 2 casos (UTI Geral), com isolamento de *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*;
- TRAQ-VM: 1 caso (UTI Geral), com isolamento de *Staphylococcus spp.*;
- IPCSL-CVC: 1 caso (UTI Geral), com isolamento de *Staphylococcus aureus*;
- ITU-AC: 1 caso (Clínica Médica), com isolamento de *Enterococcus faecalis*;
- Outras IRAS: 2 casos de conjuntivite neonatal (UTI Neonatal);
- ISC: 2 casos, ambos após cesariana.

Plano de ação que deverá ser desenvolvido pela equipe do SCIH, até 05/09/2026:

- Manter vigilância epidemiológica ativa, com investigação individual dos casos confirmados de IRAS e identificação de oportunidades de melhoria nos processos assistenciais.

- Realizar análise epidemiológica mensal estratificada por unidade de internação, tipo de infecção, microrganismo isolado e dispositivo invasivo associado, permitindo identificação precoce de tendências e possíveis agregações de casos.
- Discutir todos os eventos relacionados à assistência em reunião ordinária da CCIH, envolvendo as lideranças assistenciais e médicas das unidades notificantes, definindo ações corretivas específicas para cada ocorrência.
- Intensificar auditorias observacionais dos bundles de prevenção de IPCSL, PAV, ITU-AC e Infecção de Sítio Cirúrgico, priorizando os setores que apresentaram eventos durante o período.
- Reforçar as capacitações direcionadas às equipes multiprofissionais quanto à prevenção das IRAS, enfatizando higienização das mãos, técnica asséptica, manutenção e retirada oportuna de dispositivos invasivos, cuidados perioperatórios e medidas de prevenção de infecções neonatais.
- Monitorar mensalmente a adesão às medidas preventivas implantadas, acompanhando a evolução dos indicadores assistenciais e avaliando a efetividade das intervenções por meio da comparação das taxas de incidência nos meses subsequentes. Embora a taxa global de IRAS tenha permanecido dentro da meta institucional, o aumento observado em relação ao mês anterior e a concentração dos casos em infecções associadas a dispositivos invasivos e procedimentos cirúrgicos indicam necessidade de fortalecimento das estratégias preventivas nas áreas críticas, mantendo vigilância contínua para evitar consolidação de tendência ascendente nos próximos meses.

Gráfico 35: Densidade De Incidência De Pneumonia Associada A Ventilação Mecânica, julho 2026.



Fonte: SCIH HMA (2026)

Durante o mês de julho de 2026 foram identificados 2 (dois) casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), correspondendo a uma densidade de incidência de 27,77 casos por 1.000 ventiladores-dia, resultado superior à meta institucional estabelecida e que representa aumento significativo em relação ao mês de junho de 2026, período em que não houve registro de casos.

A ocorrência de PAV em pacientes críticos possui elevada relevância epidemiológica devido ao impacto direto sobre a morbimortalidade, prolongamento do tempo de ventilação mecânica, aumento do tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva, maior consumo de antimicrobianos de amplo espectro e incremento dos custos assistenciais. Dessa forma, mesmo com número absoluto reduzido de casos, a densidade de incidência observada demonstra desempenho desfavorável do indicador no período e requer análise criteriosa dos fatores envolvidos.

Os casos registrados apresentaram isolamento microbiológico de *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*, patógenos frequentemente relacionados à pneumonia associada à ventilação mecânica e reconhecidos pelo potencial de desenvolvimento de resistência antimicrobiana e gravidade clínica. Esses achados reforçam a necessidade de integração entre o SCIH, a equipe assistencial e o Programa de Gerenciamento do Uso de

Antimicrobianos, visando garantir tratamento adequado, uso racional de antimicrobianos e prevenção da disseminação de microrganismos multirresistentes.

Considerando a ausência de casos no mês anterior, o comportamento do indicador sugere alteração pontual do perfil epidemiológico da unidade, devendo ser investigada a ocorrência de possíveis falhas na adesão às medidas preventivas, bem como fatores relacionados ao perfil de gravidade dos pacientes, tempo de ventilação mecânica, necessidade de reintubações, broncoaspiração, manejo da sedação e conformidade com os protocolos institucionais de prevenção.

Embora não seja possível estabelecer relação causal apenas com base nos indicadores, o resultado evidencia oportunidade para fortalecimento das práticas assistenciais recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais para prevenção da PAV, mantendo vigilância contínua e monitoramento sistemático da adesão aos bundles preventivos.

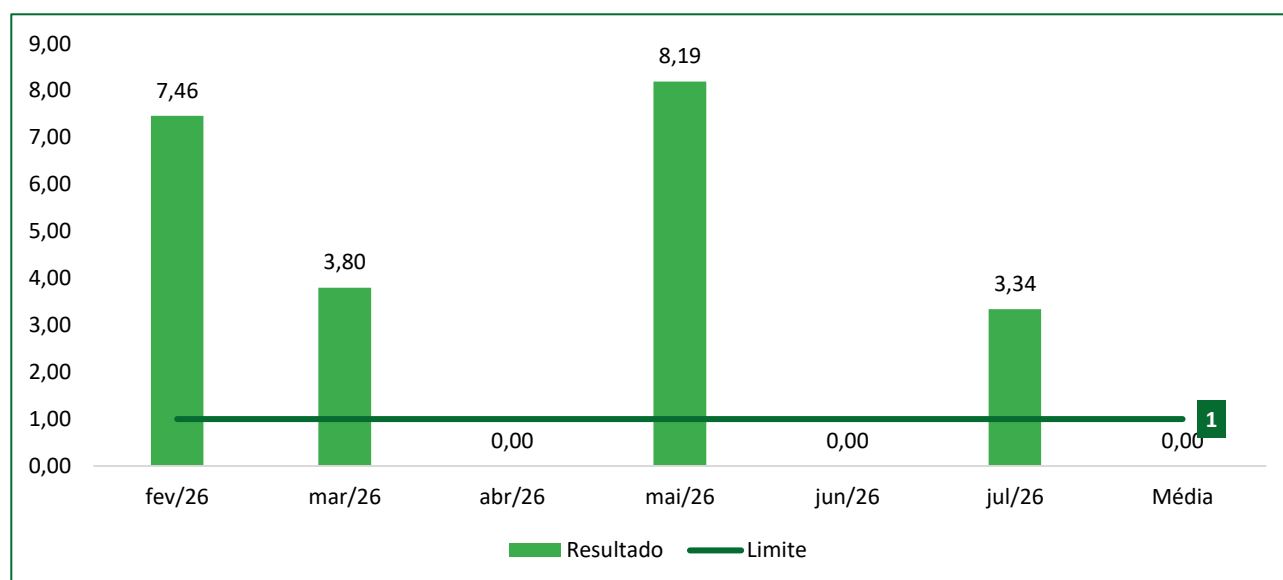
Plano de ação que deverá ser desenvolvido pela equipe do SCIH, até 05/09/2026:

- Realizar investigação dos casos confirmados de PAV.
- Avaliar a conformidade da assistência por meio de auditorias estruturadas do bundle de prevenção da PAV.
- Reforçar a discussão multidisciplinar diária sobre a necessidade de manutenção da ventilação mecânica, incentivando estratégias de extubação precoce sempre que clinicamente possível.
- Avaliar conjuntamente com a equipe médica e fisioterapia respiratória os fatores associados ao tempo prolongado de ventilação mecânica, reintubações, falhas de extubação e outras condições predisponentes ao desenvolvimento da PAV.
- Apresentar os resultados das investigações e das auditorias às equipes da UTI durante reuniões de devolutiva, promovendo educação permanente baseada nas não conformidades identificadas e pactuando metas de melhoria assistencial.

- Manter monitoramento mensal da densidade de incidência de PAV e da adesão aos bundles preventivos, utilizando análise de tendência para avaliar a efetividade das intervenções implementadas e subsidiar novas estratégias de prevenção.

O aumento da densidade de incidência de PAV em relação ao mês anterior caracteriza um evento de relevância para a vigilância epidemiológica hospitalar. Embora o número absoluto de casos seja reduzido, o indicador demonstra necessidade de fortalecimento das medidas preventivas na UTI, com foco na adesão aos bundles, investigação sistemática dos eventos e monitoramento contínuo da qualidade assistencial, visando restabelecer níveis compatíveis com a meta institucional.

Gráfico 36: Densidade De Incidência De Infecção Do Trato Urinário (ITU) , julho 2026.



Fonte: SCIH HMA (2026)

Durante o mês de julho de 2026 foi confirmado 1 (um) caso de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC) na Clínica Médica, resultando em densidade de incidência de 3,34 casos por 1.000 cateteres vesicais-dia, valor superior à meta institucional estabelecida de até 1 caso por 1.000 SVD-dia.

Embora tenha sido registrado apenas um evento, o indicador demonstra desempenho desfavorável no período, evidenciando a necessidade de análise criteriosa dos fatores relacionados ao uso do cateter vesical de demora. Considerando que a ITU-AC está diretamente associada ao tempo de permanência do dispositivo, sua prevenção depende,



GESTÃO EM SAÚDE



principalmente, da utilização criteriosa do cateter, da manutenção adequada do sistema de drenagem urinária e da retirada precoce sempre que cessada a indicação clínica.

O caso confirmado ocorreu em paciente submetido ao uso de cateter vesical de demora, com isolamento microbiológico de *Enterococcus faecalis*, microrganismo frequentemente relacionado às infecções urinárias associadas à assistência à saúde. O evento requer investigação epidemiológica individualizada para avaliação da indicação inicial do dispositivo, técnica asséptica durante a inserção, manutenção do sistema fechado, posicionamento adequado da bolsa coletora, preservação do fluxo urinário contínuo, manipulações realizadas durante a assistência e tempo de permanência do cateter.

A ocorrência reforça a importância da reavaliação diária da necessidade do cateter vesical e na retirada imediata quando não houver mais indicação clínica, estratégia reconhecida como uma das medidas mais eficazes para redução da incidência de ITU-AC.

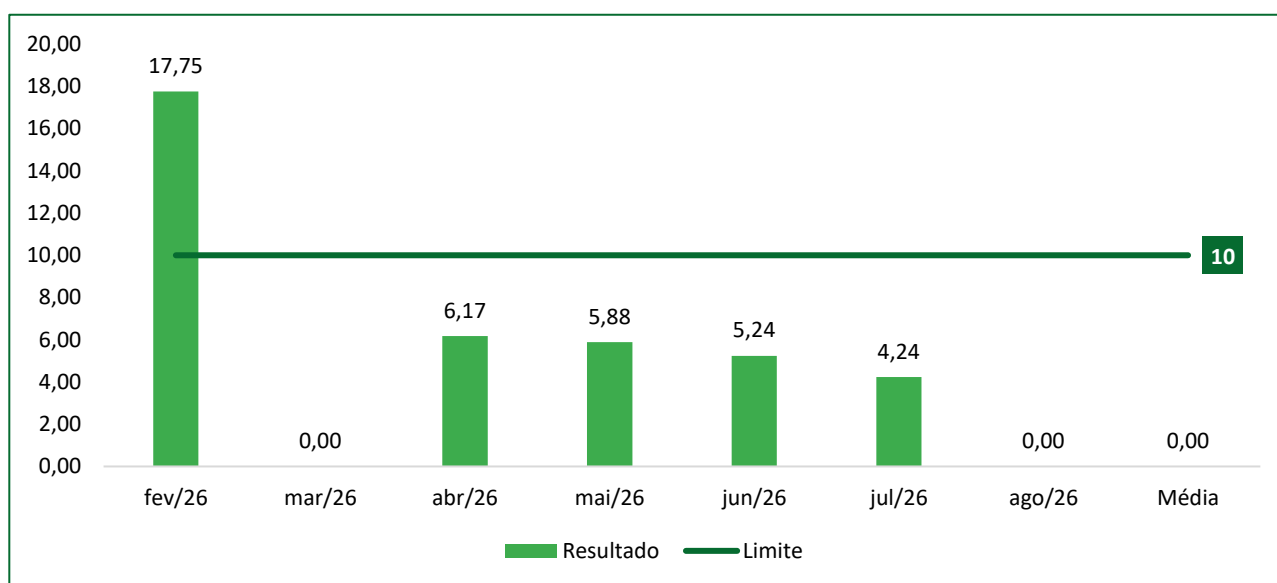
Plano de ação que deverá ser desenvolvido pela equipe do SCIH, até 05/09/2026:

- Realizar investigação epidemiológica detalhada do caso confirmado.
- Intensificar auditorias estruturadas do bundle de prevenção da ITU-AC, contemplando indicação clínica, técnica asséptica de inserção, manutenção do sistema fechado, fixação adequada do dispositivo, posicionamento correto da bolsa coletora, preservação do fluxo urinário contínuo e registro diário da necessidade de manutenção do cateter.
- Implantar ou fortalecer a reavaliação diária da necessidade do cateter vesical durante as visitas multiprofissionais, estimulando a retirada precoce sempre que os critérios clínicos permitirem e reduzindo a exposição desnecessária ao dispositivo.
- Promover capacitação direcionada às equipes assistenciais da Clínica Médica, enfatizando as recomendações institucionais e as diretrizes vigentes para prevenção de ITU-AC, com foco na padronização das boas práticas durante inserção, manutenção e remoção do cateter.
- Apresentar o caso e os resultados da investigação às equipes assistenciais, utilizando a discussão como ferramenta de educação permanente e sensibilização quanto à importância da prevenção das infecções associadas ao uso de dispositivos invasivos.

- Monitorar mensalmente a densidade de incidência de ITU-AC e os indicadores de adesão ao bundle preventivo, avaliando a efetividade das ações implementadas e promovendo ajustes sempre que identificadas oportunidades de melhoria.

Embora tenha sido registrado apenas um caso de ITU-AC, a densidade de incidência permaneceu acima da meta institucional, demonstrando que eventos isolados podem impactar significativamente o desempenho do indicador. O fortalecimento das estratégias, associado à adesão rigorosa ao bundle de prevenção e ao monitoramento contínuo dos processos assistenciais, constitui medida essencial para redução da ocorrência de novos casos e melhoria da segurança do paciente.

Gráfico 37: Densidade De Incidência De Infecção Da Corrente Sanguínea Associada Ao Cateter Venoso (CVC) , julho 2026.



Fonte: SCIH HMA (2026)

Durante o mês de julho de 2026 foi confirmado 1 (um) caso de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial associada ao Cateter Venoso Central (IPCSL-CVC) na Unidade de Terapia Intensiva Geral, correspondendo a uma densidade de incidência de 4,24 casos por 1.000 cateteres venosos centrais-dia, permanecendo dentro da meta institucional estabelecida.

Embora o indicador tenha permanecido em conformidade com o parâmetro institucional, a ocorrência de qualquer episódio de IPCSL merece atenção especial por representar um

evento de elevada relevância clínica e epidemiológica. As infecções de corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central estão relacionadas ao aumento da morbimortalidade, prolongamento da internação, necessidade de antimicrobianos de amplo espectro e elevação dos custos assistenciais, sendo reconhecidas internacionalmente como importantes indicadores da qualidade da assistência prestada em unidades críticas.

O caso confirmado apresentou isolamento microbiológico de *Staphylococcus aureus*, patógeno frequentemente associado às infecções relacionadas ao uso de cateteres intravasculares. Diante desse achado, torna-se indispensável a investigação epidemiológica detalhada do evento, contemplando a avaliação da indicação clínica do dispositivo, técnica de inserção, utilização de barreira máxima de precaução, preparo antisséptico da pele, escolha do sítio de inserção, qualidade da manutenção diária, integridade e periodicidade de troca dos curativos, desinfecção dos conectores, manipulação das linhas de infusão e permanência do dispositivo além do tempo clinicamente necessário.

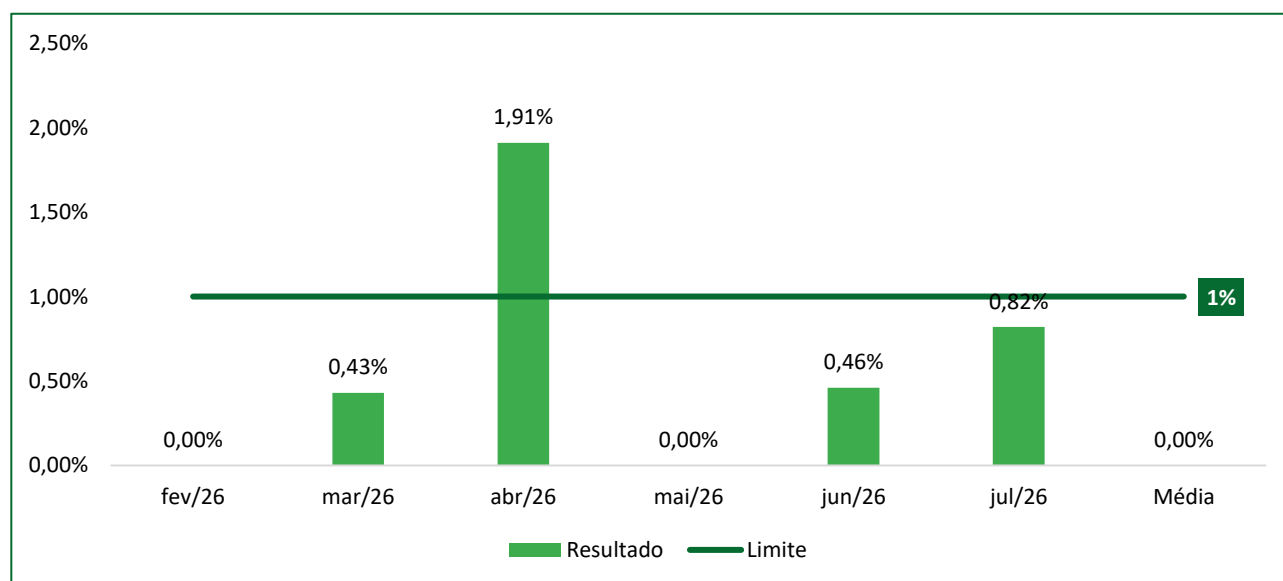
A prevenção da IPCSL depende da adesão rigorosa aos bundles de inserção e manutenção do cateter venoso central, associados à vigilância contínua da conformidade dos processos assistenciais. Nesse contexto, a adoção do conceito de stewardship de dispositivos invasivos, baseado na avaliação diária da necessidade de manutenção do CVC e em sua retirada precoce quando possível, constitui estratégia essencial para redução do risco de infecção e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Plano de ação que deverá ser desenvolvido pela equipe do SCIH, até 05/09/2026:

- Realizar investigação epidemiológica individual do caso confirmado.
- Intensificar auditorias observacionais dos bundles de inserção e manutenção de CVC, avaliando sistematicamente o cumprimento das recomendações institucionais quanto à utilização de barreira máxima, técnica asséptica, preparo adequado da pele com antisséptico recomendado, seleção do sítio de inserção, qualidade dos curativos, desinfecção dos conectores (scrub the hub), manipulação segura das linhas de infusão e registro das intervenções realizadas.
- Reforçar a avaliação multiprofissional diária da necessidade de permanência do cateter venoso central, promovendo sua retirada imediata quando cessada a indicação clínica e reduzindo o tempo de exposição ao dispositivo.

- Realizar devolutiva técnica do caso à equipe da UTI, discutindo os achados da investigação epidemiológica, as oportunidades de melhoria identificadas e as ações corretivas pactuadas com a equipe assistencial.
- Desenvolver ações de educação permanente voltadas às equipes médica, de enfermagem e fisioterapia, reforçando as boas práticas relacionadas ao manejo seguro do cateter venoso central e a importância da adesão integral aos bundles institucionais.
- Monitorar mensalmente a densidade de incidência de IPCSL-CVC, a adesão aos bundles de prevenção e os resultados das auditorias assistenciais, utilizando análise de tendência para avaliar a efetividade das medidas implementadas e orientar intervenções futuras.

Gráfico 38: Incidência De Infecção Do Sítio Cirúrgico (ISC) Em Cirurgias Limpas, julho 2026.



Fonte: SCIH HMA (2026)

Durante o mês de julho de 2026, a taxa global de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) foi de 0,82%, permanecendo dentro da meta institucional estabelecida (<1%), refletindo desempenho satisfatório quando considerada a totalidade dos procedimentos cirúrgicos monitorados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Entretanto, a análise estratificada dos eventos identificou que os dois casos confirmados ocorreram após cesarianas, resultando em taxa específica de ISC de 4,17% para esse procedimento, valor superior ao esperado e que configura um importante sinal de alerta

para a assistência obstétrica. Esse achado evidencia que a avaliação exclusiva da taxa global pode mascarar comportamentos específicos de determinados procedimentos, reforçando a importância da vigilância epidemiológica estratificada por especialidade cirúrgica.

A ocorrência concentrada em um único tipo de procedimento sugere a necessidade de investigação detalhada de todas as etapas do cuidado perioperatório, incluindo indicação e momento de administração da antibioticoprofilaxia, escolha e dose do antimicrobiano, preparo pré-operatório da paciente, técnica de antisepsia da pele, técnica cirúrgica, tempo operatório, controle glicêmico, manutenção da normotermia, manejo do ambiente cirúrgico, cuidados com o curativo pós-operatório e orientações fornecidas à puérpera após a alta hospitalar.

Considerando que parcela significativa das infecções de sítio cirúrgico pode manifestar-se após a alta, a manutenção de um sistema estruturado de vigilância pós-alta permanece fundamental para identificação precoce dos casos, avaliação da efetividade das medidas preventivas e determinação da real incidência do indicador.

Embora o número absoluto de casos seja reduzido, a concentração dos eventos em cesarianas exige avaliação multiprofissional do processo assistencial, permitindo identificar possíveis oportunidades de melhoria e fortalecer as medidas de prevenção específicas para a linha de cuidado obstétrica.

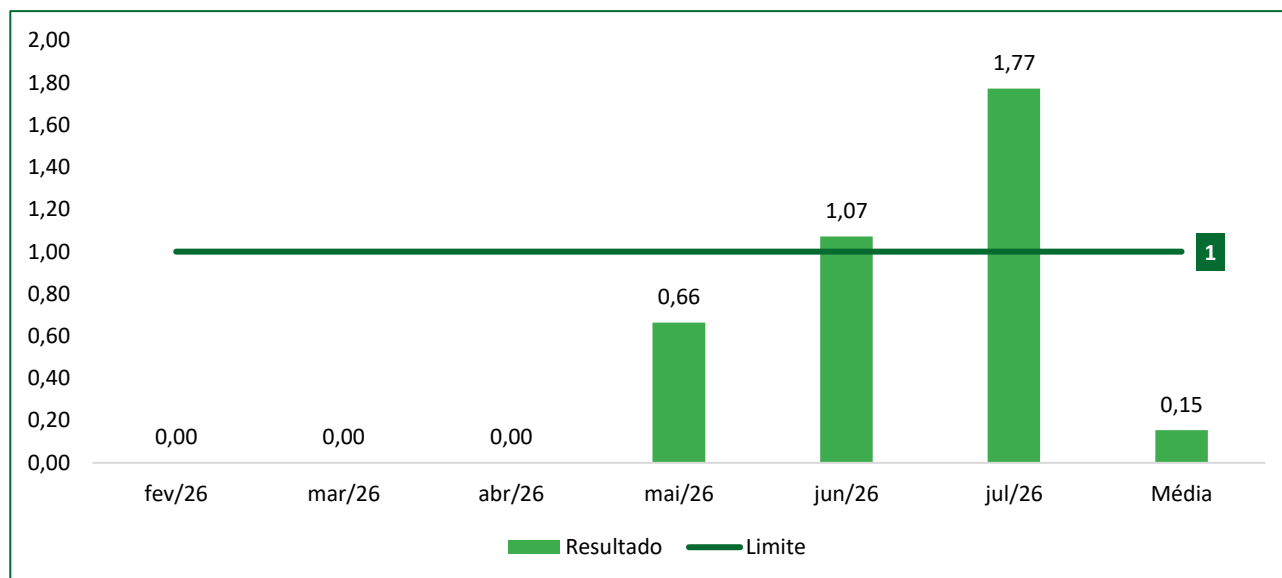
Plano de ação que deverá ser desenvolvido pela equipe do SCIH:

- Realizar investigação epidemiológica individualizada dos dois casos de ISC após cesariana.
- Revisar a conformidade da antibioticoprofilaxia obstétrica, avaliando indicação, escolha do antimicrobiano, dose, momento da administração em relação à incisão cirúrgica e necessidade de redose intraoperatória, quando aplicável.
- Intensificar auditorias do processo perioperatório no Centro Cirúrgico Obstétrico, contemplando preparo pré-operatório da paciente, técnica de antisepsia da pele, adesão à técnica asséptica, controle glicêmico, manutenção da normotermia, tempo cirúrgico, qualidade dos curativos e cumprimento das recomendações institucionais para prevenção da ISC.

- Fortalecer as orientações fornecidas às puérperas no momento da alta hospitalar quanto aos cuidados com a ferida operatória, sinais e sintomas sugestivos de infecção, necessidade de retorno precoce em caso de intercorrências e importância do acompanhamento ambulatorial.
- Manter vigilância epidemiológica pós-alta das pacientes submetidas à cesariana, garantindo identificação oportuna de novos casos e maior sensibilidade do sistema de vigilância de ISC.
- Promover discussão multiprofissional dos casos com as equipes do Centro Cirúrgico Obstétrico, Obstetrícia, Enfermagem, Anestesiologia e Corpo Clínico, apresentando os resultados da investigação epidemiológica, definindo ações corretivas e acompanhando a implementação das melhorias propostas.
- Monitorar mensalmente a taxa específica de ISC em cesarianas e avaliar a efetividade das intervenções por meio da análise de tendência dos indicadores e dos resultados das auditorias assistenciais.

Embora a taxa global de ISC tenha permanecido dentro da meta institucional, a concentração dos eventos em pacientes submetidas à cesariana evidencia oportunidade de aprimoramento dos processos perioperatórios da linha de cuidado obstétrica. A investigação detalhada dos casos, associada ao fortalecimento das medidas preventivas, da vigilância pós-alta e do monitoramento contínuo dos indicadores específicos, será fundamental para reduzir a incidência de novos eventos e consolidar a qualidade da assistência cirúrgica prestada pela instituição.

Gráfico 39: Incidência de Quedas, julho 2026.



Fonte: Coordenação Enfermagem (2026)

Resultado de 1,77/1.000 não atende meta institucional. Tendência de alta de notificação sem aumento de dano. Tipo: 03 quedas da própria altura paciente. Local: Pediatria corredor para exames, Clínica Cirúrgica leito, Clínica Médica leito, período noturno 66,7%. Gravidade: 100% sem dano – OMS Classe C – sem dor, sem TCE, sem fratura.

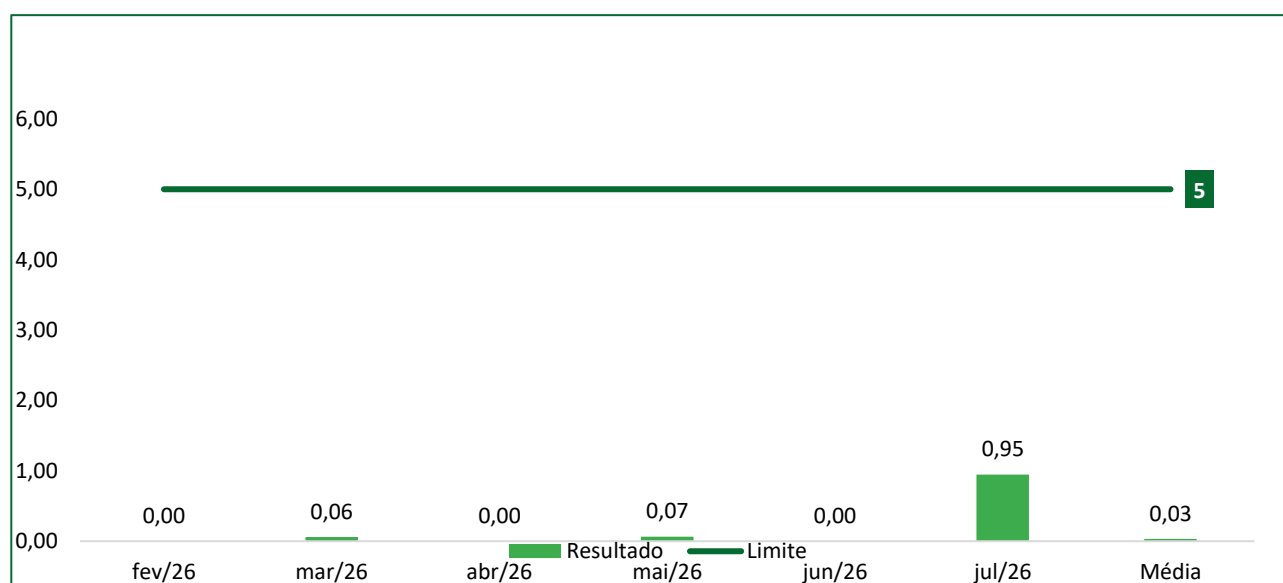
Pacientes avaliados sem lesões. Morse Institucional: Moderado/alto risco 66%, sem Morse 33%. Fatores intrínsecos: Idosos/crianças, noctúria, hipotensão postural, uso de anti-hipertensivo/diurético/benzo, déficit cognitivo leve. Fatores extrínsecos: Grades baixas, piso molhado com placa, calçado inadequado. Prevenibilidade: 02 quedas de pacientes preveníveis com grades elevadas, calçado antiderrapante, acompanhamento ao banheiro. AVALIAÇÃO GLOBAL: Desempenho institucional em maturidade 2 para 3 (Proativo). Densidade de Quedas 1,77/1.000 com cálculo validado sobre 1.693 pacientes-dia. O aumento de quedas é efeito vigilância por visitas in loco da Qualidade, indicador positivo de transparência, que permitiu diferenciar e mapear 03 quedas por setor: Pediatria, Cirúrgica e Médica. Fragilidades: Perfil epidemiológico de extrema vulnerabilidade (polimórbidos, acamados, paliativos advindos de outros serviços e carentes de prevenção primária). Potencialidades: Qualidade atuante, quedas sem dano, taxa fora da meta, altas mesmo após incidente. Prioridades: Manter busca ativa 60 dias, aprovar melhorias estruturais, capacitações e melhorias.

Recomendação técnica à Diretoria: Aprovar relatório, divulgar em Análise Crítica com abordagem não punitiva, publicar indicadores auditados com nota explicativa efeito vigilância, conforme princípios éticos PNSP e Cultura Justa. Plano de ação: implementado até 30/08/2026.

Busca Ativa Diária (Quedas):O quê (What): Realização de busca ativa diária para identificar episódios de quedas e incidência de LPP. Por quê (Why): Reduzir a subnotificação de eventos adversos e mensurar a linha de base real do hospital. Onde (Where): UTI, Clínicas Médicas/Cirúrgicas, Pediatria e UTI Neonatal. Quando (When): Diariamente. Quem (Who): Setor de Gestão da Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Como (How): Aplicação da Escala de Morse combinada com visitas sistemáticas beira-leito. Quanto custa (How Much): Custo indireto em hora-homem das equipes envolvidas. Ronda Noturna de Quedas:O quê (What): Execução de rondas preventivas voltadas ao risco de quedas. Por quê (Why): Prevenir 66% das quedas hospitalares, que ocorrem no período noturno associadas a grades de camas baixadas. Onde (Where): Unidades de internação hospitalar. Quando (When): Início imediato. Quem (Who): Equipe de Enfermagem. Como (How): Visitas beira leito focadas em verificação de grades elevadas, campanha de chamada ao alcance, iluminação de vigia acesa e uso de calçado adequado. Quanto custa (How Much): R\$ 0,00 (reorganização de processos internos)

Gráfico 40: Incidência de Úlcera por pressão, julho 2026.



Fonte: Coordenação Enfermagem (2026)

Foi realizada conferência e auditoria integral dos prontuários pela Equipe de Enfermagem. LPP: A auditoria evidenciou 24 LPP no período, sendo 08 comunitárias e 16 institucionais. O aumento do número absoluto de LPP se deu após a Equipe de Qualidade realizar visitas in loco diárias para acompanhamento de possíveis casos de LPP institucional, com busca ativa de notificações.

Trata-se de efeito de melhoria da sensibilidade de vigilância, com redução de subnotificação, conforme preconizado na RDC ANVISA nº 36/2013 e PNSP. Interpretação: Densidade de 9,45/1.000 pacientes-dia está dentro da faixa nacional para hospitais de alta complexidade – 6,8 a 12,4/1.000 – ANVISA 2023. Tendência ascendente por vigilância ativa, esperada nas primeiras 6-8 semanas de busca ativa. Não representa surto, mas linha de base real.

Avaliação através de métodos validadores: (Ishikawa / RCA / 5 Porquês / Cultura Justa). Mão de obra: Dimensionamento limítrofe nas equipes conforme apontamentos já realizados, turnover, sobrecarga, capacitação a ser aprimorada.

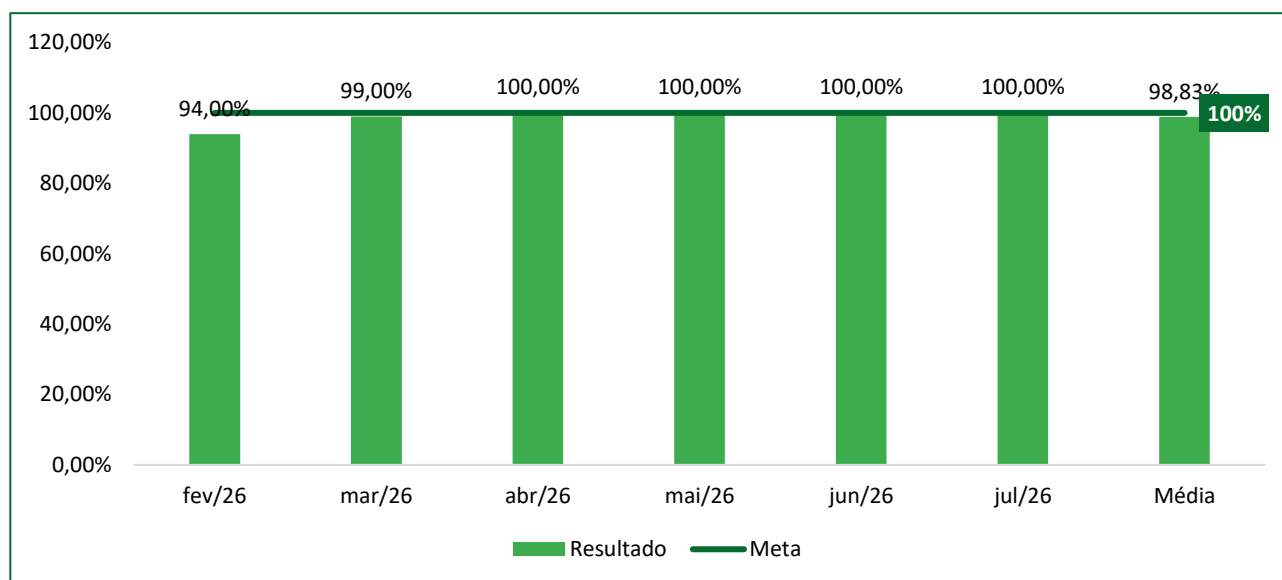
Método: Protocolo em processo de implementação, falha de comunicação (handoff). Material: Insuficiência de colchão pneumático – apenas 25% alto risco com recurso, falta de coxins, bota de calcâneo, filme barreira. Máquina/Ambiente: Enfermarias com deterioração de estrutura, Camas quebradas e com defeitos, colchões com qualidade deficitária. Medida: Subnotificação histórica corrigida pela busca ativa.

Paciente: Fator intrínseco preponderante, polimorbidades, desnutrição, hipoperfusão, incontinência, fim de vida, conceito NPIAP 2019 de LPP inevitável. ANÁLISE ESPECÍFICA LPP Estadiamento: Estágio II 70,8%, Estágio III 12,5%, Estágio I 8,3%, Tissular profunda 4,2%, Lesão por dispositivo médico + skin tears 4,2%. Localização: Sacra/glútea 62%, trocanter 12%, calcâneo/maléolo 16%, dorso/costas 8%. Origem: Comunitária 33,3% – Atenção pela rede. Institucional 66,7% – 75% após 72h. Braden: Aplicado na admissão. Sempre avaliado o risco.

Prevenção: Mudança decúbito prescrita em 95% dos casos. Superfície especial 25%, controle umidade monitorado, nutrição tardia ou com baixo aporte. Evitabilidade: 10/16 –

62,5% potencialmente evitáveis com bundle completo SOBEST/ANVISA. 6/16 – 37,5% inevitáveis – instabilidade, palição, pacientes clinicamente extremos.

Gráfico 41: Taxa de cumprimento do checklist de cirurgia segura, julho 2026.



Fonte: Coordenação Centro Cirúrgico (2026)

No mês de julho de 2026 foram realizados 339 procedimentos cirúrgicos, sendo evidenciada adesão de 100% ao preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura.

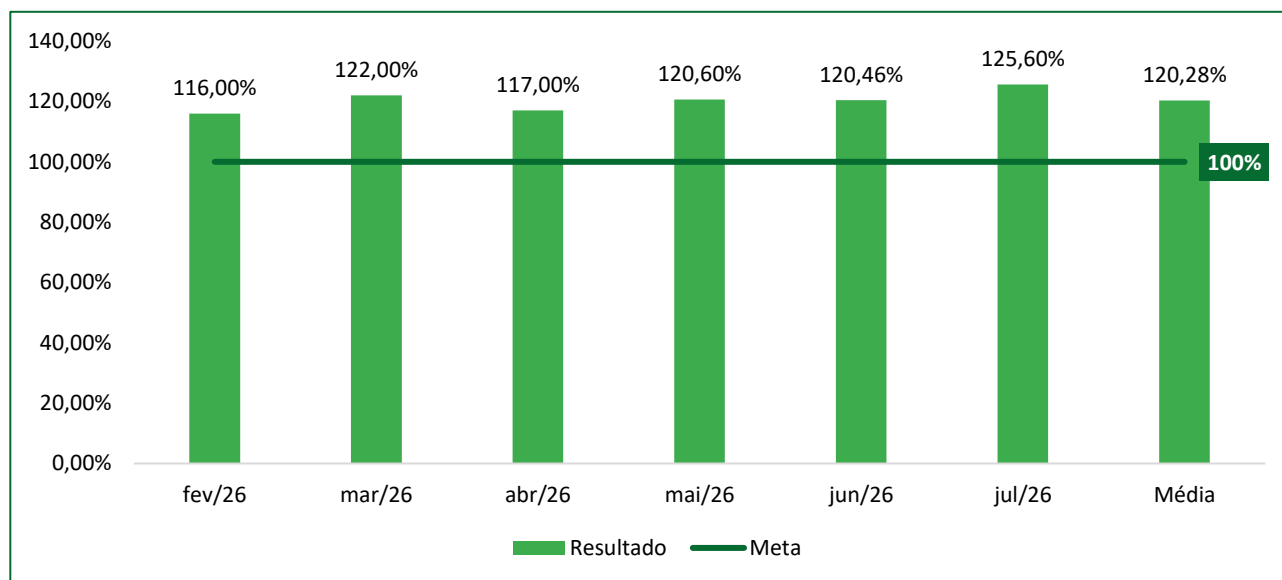
Como estratégia de monitoramento qualitativo, foi realizada análise amostral de aproximadamente 10% dos checklists preenchidos, com o objetivo de avaliar não apenas a adesão ao protocolo, mas também a qualidade e a completude dos registros.

Durante a análise foram identificadas falhas pontuais relacionadas ao preenchimento do documento, destacando-se ausência de data, ausência da etiqueta de identificação do paciente e ausência de carimbo e/ou identificação de todos os profissionais responsáveis pelas etapas do checklist.

Embora o indicador quantitativo permaneça em 100%, os achados demonstram oportunidade de melhoria na qualidade dos registros, sendo necessária a intensificação das ações educativas e do acompanhamento sistemático das equipes, garantindo maior segurança, rastreabilidade e conformidade documentais.

INDICADORES – RELAÇÃO COM A REDE

Gráfico 41: Disponibilização de 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial, julho 2026.



No período de 01 a 31 julho de 2026, foram disponibilizadas 4.416 vagas para a realização de exames SADT eletivos, correspondendo a 125,63% da meta pactuada no Contrato de Gestão.

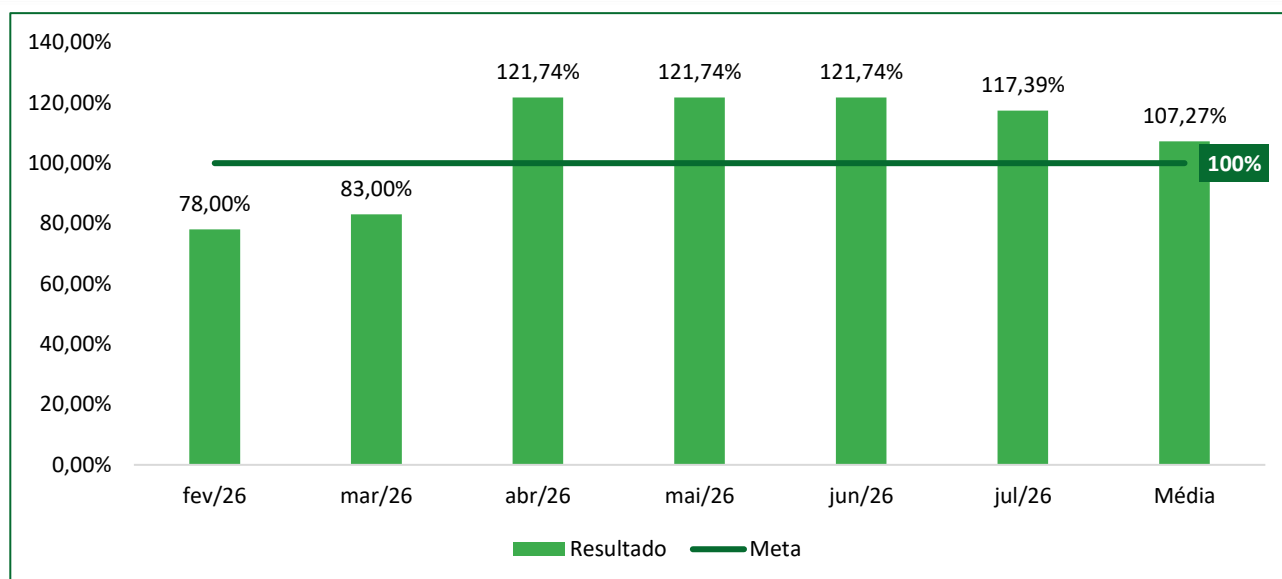
Produção no período:

Exames realizados na competência atual: 3.329

Exames realizados de competências anteriores: 351

Total de faltantes na competência atual: 1.034

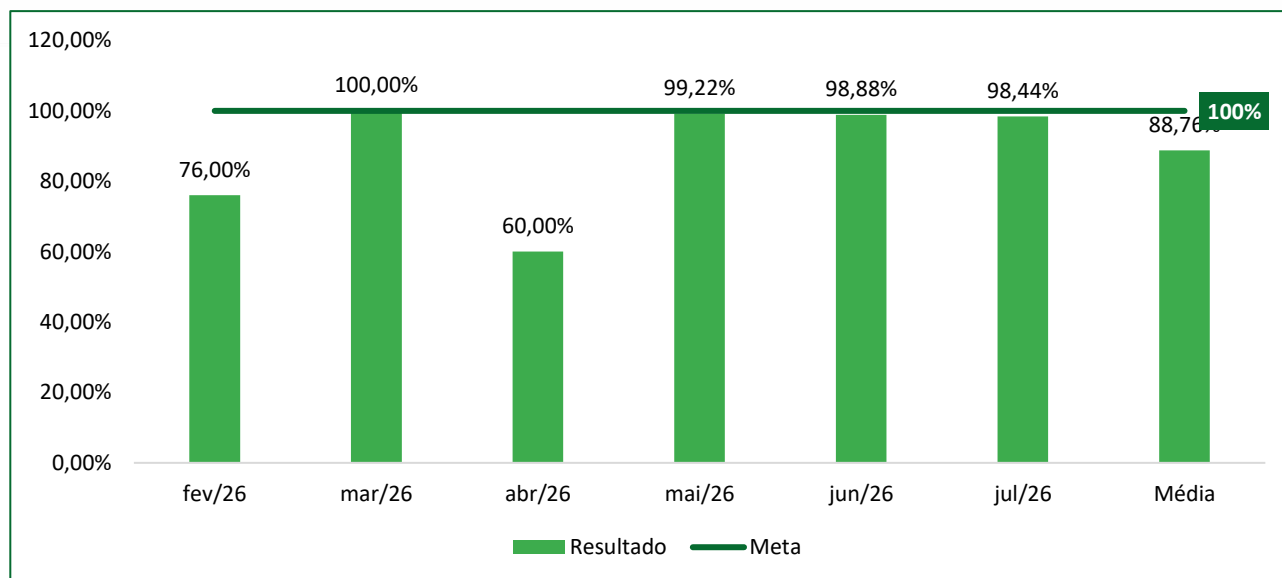
Gráfico 42: Disponibilização de 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, julho 2026.



No período de 01 (primeiro) a 31 (trinta e um) de julho de 2026, foram disponibilizadas 210 (duzentos e dez) primeiras consultas de Cardiologia avaliação pré-sedação para exames de diagnóstico eletivos e 60 (sessenta) consultas de Plano de Parto, totalizando 270 (duzentos e setenta) consultas, atingindo 117,39% (cento e dezessete vírgula trinta e nove por cento) da meta.

Observa-se que, embora tenha ocorrido leve redução no quantitativo total ofertado em julho em comparação a junho, o desempenho permaneceu acima da meta contratual, demonstrando consistência e efetividade na gestão das agendas. Destaca-se como ponto positivo o adequado planejamento da oferta, o alinhamento com a regulação e o monitoramento contínuo dos indicadores, garantindo a manutenção do cumprimento contratual.

Gráfico 43: Realizar 100% de confirmação sistema de informação utilizado pela SMSA, julho 2026.

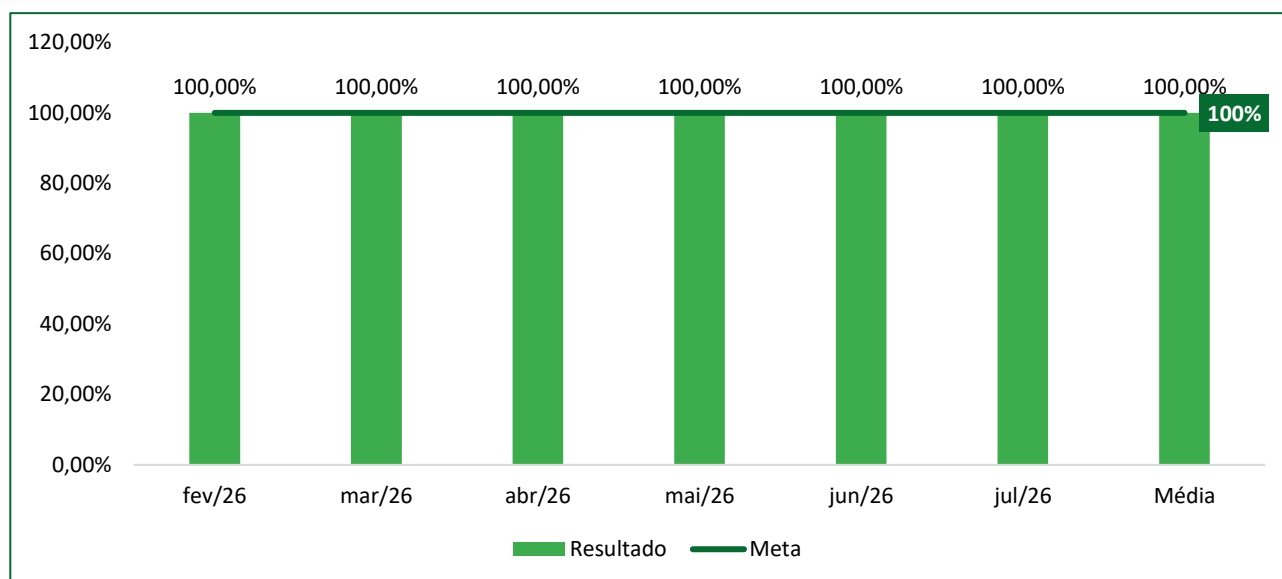


No período analisado, foram agendados 519 (quinhentos e dezenove) atendimentos ambulatoriais, dos quais 360 (trezentos e sessenta) foram realizados, registrando-se 131 (cento e trinta e uma) ausências e 28 (vinte e oito) cancelamentos.

Em relação aos exames do SADT, foram agendados 4.412 (quatro mil quatrocentos e doze) procedimentos, dos quais 3.329 (três mil trezentos e vinte e nove) foram realizados, registrando-se 1.034 (mil e trinta e quatro) ausências e 49 (quarenta e nove) cancelamentos.

O Sistema IPM apresentou índice de 98,44% (noventa e oito vírgula quarenta e quatro por cento) de confirmações, demonstrando elevado desempenho no processo de confirmação dos atendimentos. As não conformidades observadas decorreram, predominantemente, dos cancelamentos registrados no período, não estando relacionadas a falhas no processo de confirmação realizado pela equipe.

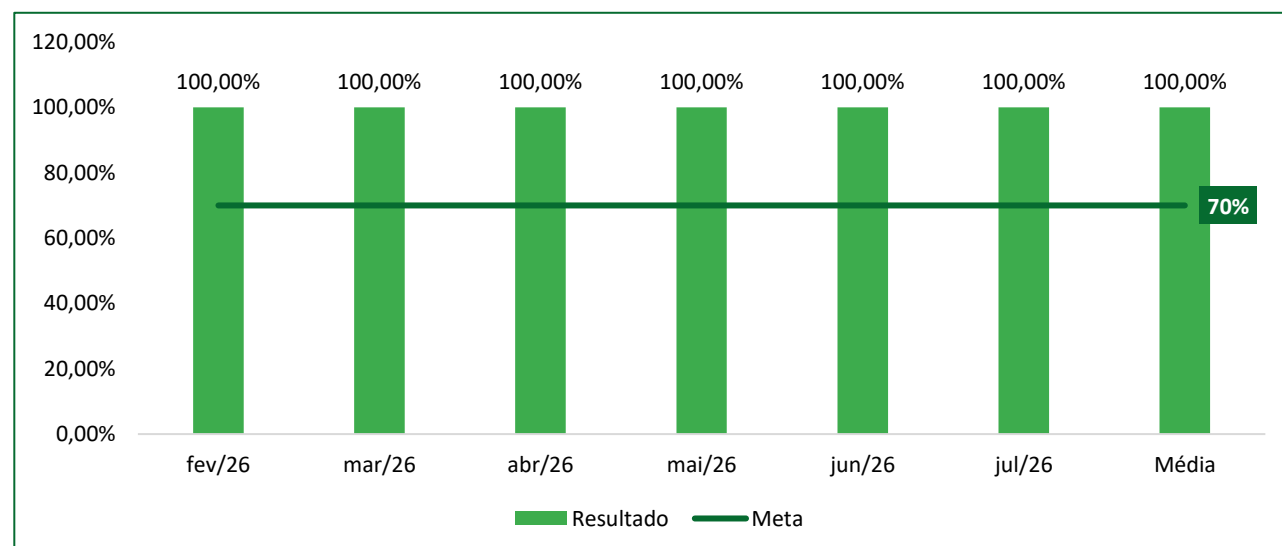
Gráfico 44: Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência, julho 2026.



O envio do censo hospitalar ao Departamento de Urgência e Emergência, realizado quatro vezes ao dia, atingiu 100% de cumprimento. O resultado demonstra que todas as comunicações previstas foram realizadas dentro da rotina estabelecida, garantindo a atualização periódica das informações sobre a ocupação e a disponibilidade dos leitos.

Esse desempenho contribui para o planejamento do fluxo de pacientes, a organização das transferências e a tomada de decisões pelas equipes assistenciais e gestoras, favorecendo maior agilidade e segurança na assistência hospitalar.

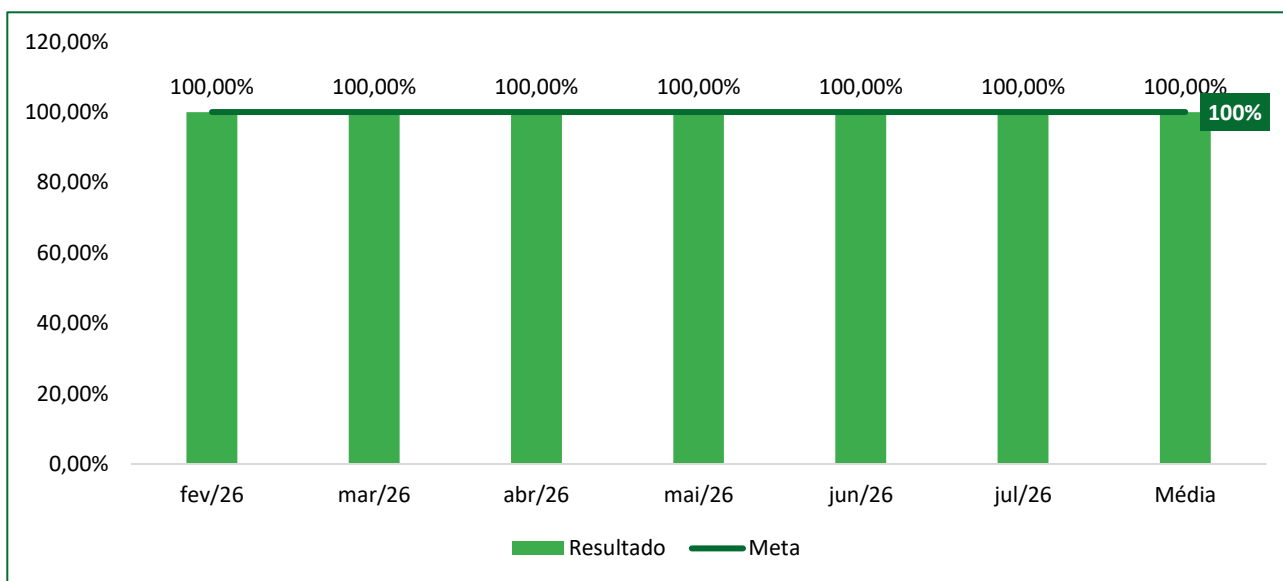
Gráfico 45: Realizar altas referenciadas com agendamento de no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas UBS, julho 2026.



A taxa de alta referenciada atingiu 100% dos pacientes, superando amplamente a meta estabelecida de 70%. O resultado demonstra que todos os pacientes elegíveis receberam encaminhamento formal para continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde, para atenção primária

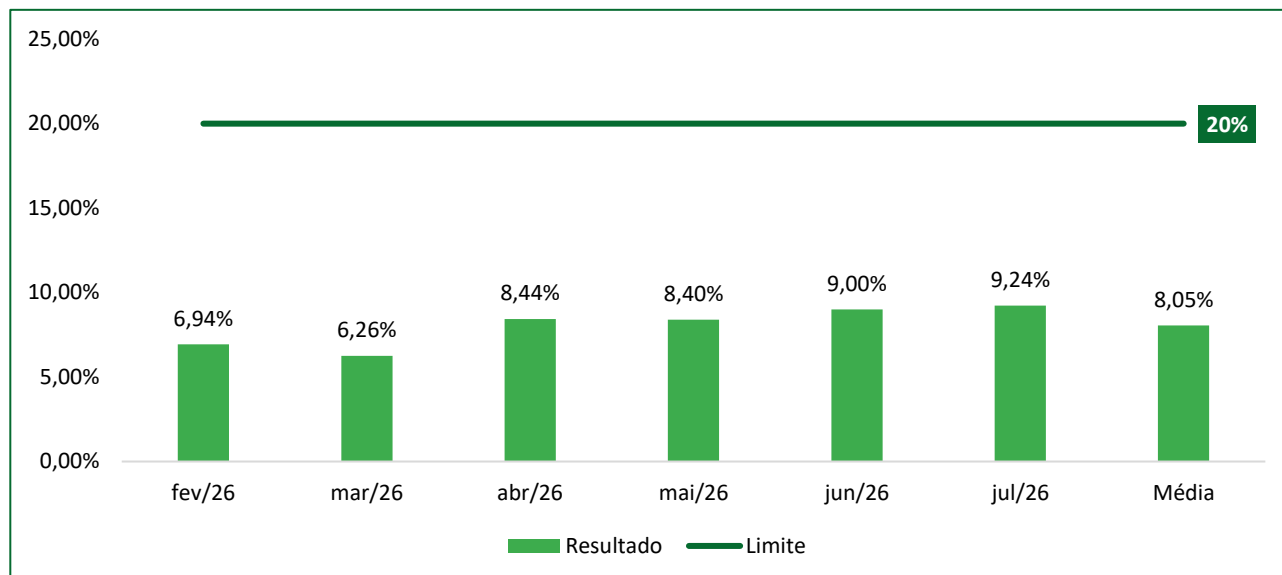
Esse desempenho evidencia excelência na articulação entre a equipe hospitalar e a rede assistencial, assegurando a continuidade terapêutica e reduzindo o risco de desassistência pós-alta. A manutenção desse padrão é fundamental para a segurança do paciente e para a efetividade do cuidado integral.

Gráfico 46: Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% das puérperas e dos RN egressos nas Unidades de Saúde, julho 2026.



A taxa de alta referenciada do recém-nascido atingiu 100%, cumprindo integralmente a meta estabelecida de 100%. Isso significa que todos os RNs receberam o encaminhamento necessário para acompanhamento do recém nascido

Gráfico 47: Manter a Taxa de Readmissão Hospitalar em 30 dias para um percentual inferior a 20%, julho 2026.

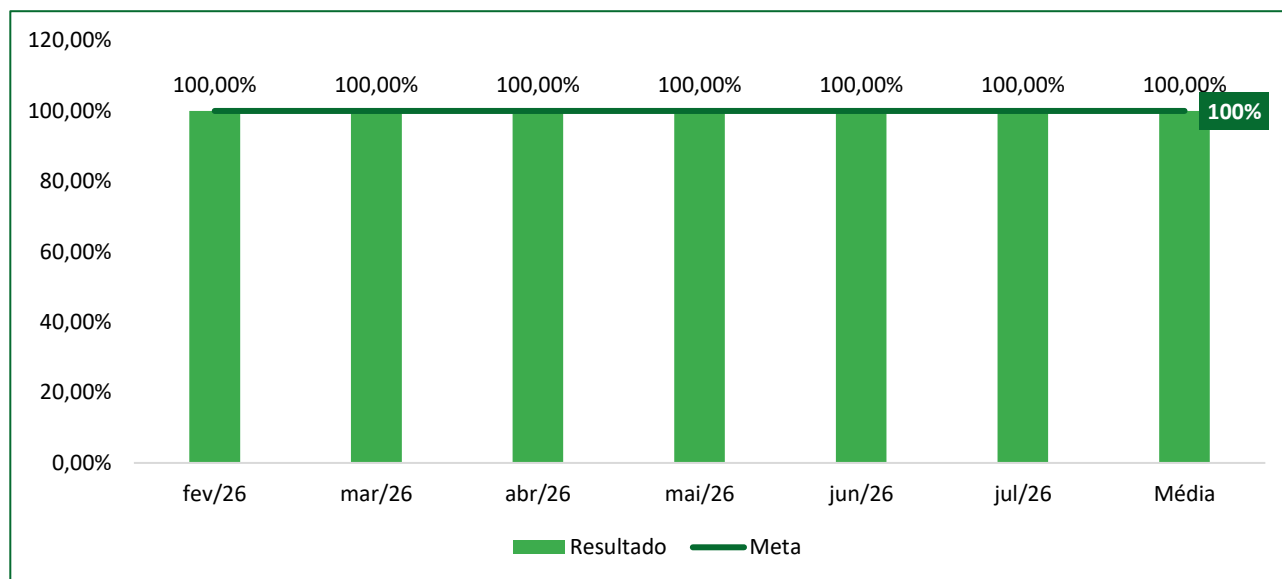


A taxa de readmissão hospitalar ficou em 9,24%, mantendo-se abaixo da meta estabelecida de 20%. O resultado apresenta uma margem favorável de 10,76 pontos percentuais em relação ao limite definido.

O desempenho demonstra baixa ocorrência de retornos hospitalares, sugerindo efetividade na condução do tratamento, nas orientações de alta e na continuidade do cuidado. Recomenda-se a manutenção do acompanhamento das condições clínicas dos pacientes e dos fatores associados às readmissões, visando preservar esse resultado.

INDICADORES – GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

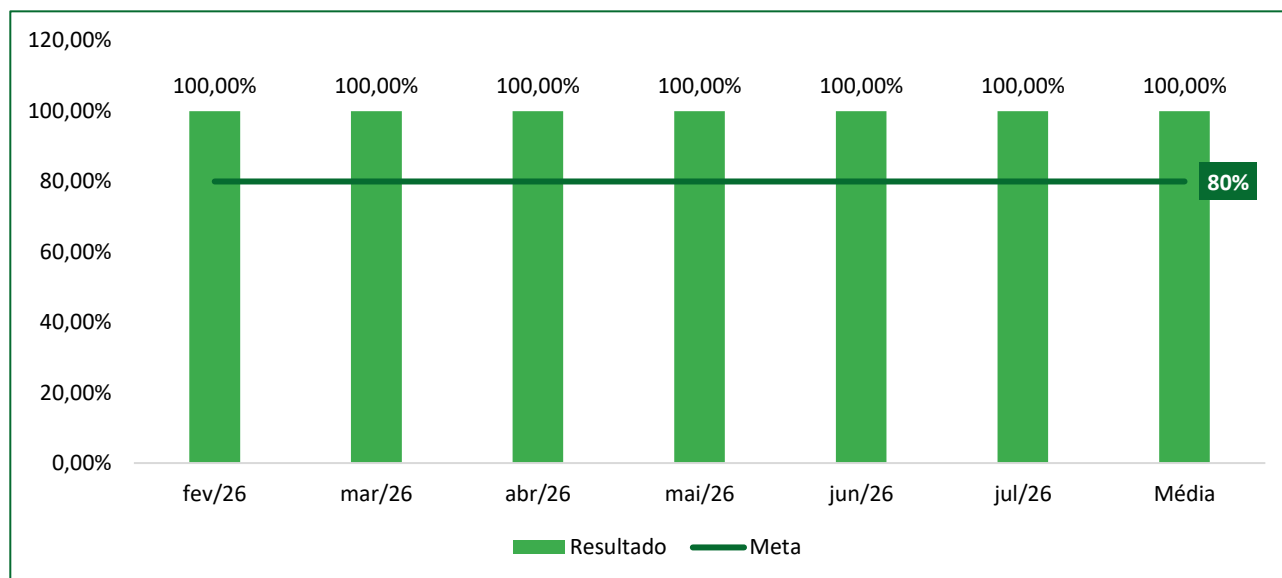
Gráfico 48: Garantir 100% de aprovação das AIH's apresentadas, referentes aos internamentos no mês subsequente à ocorrência, julho 2026.



No mês de Julho de 2026, foram apresentadas 647 (Seiscentos e quarenta e sete) AIHs para um total de 628 (Seiscentos e vinte e oito) saídas hospitalares. A diferença entre os números se deve aos seguintes fatores:

- Incorporadas 21 (vinte e um) AIHs decorrentes de desdobramentos por reoperações ou mudanças de procedimento;
- Subtraídas 20 (vinte) AIHs com duração inferior a 72 (setenta e duas) horas, referentes ao mesmo diagnóstico, conforme critérios de faturamento;
- Subtraídas 1 (um) AIHs decorrentes de internamentos do mês de Junho 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.

Gráfico 49: Garantir respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia, julho 2026.



No mês de julho de 2026, a Ouvidoria registrou 21 manifestações, sendo 19 recebidas por meio do sistema AtendeNet e 2 provenientes de atendimentos presenciais.

A análise das manifestações evidencia que os principais apontamentos estiveram relacionados à conduta médica, tempo de espera para atendimento médico, especialmente na Clínica Médica (CLM), e às demandas referentes ao agendamento de procedimentos cirúrgicos. Esses registros demonstram a necessidade de monitoramento contínuo dos processos assistenciais e administrativos, visando ao aperfeiçoamento dos fluxos de atendimento e ao fortalecimento da comunicação com os usuários.

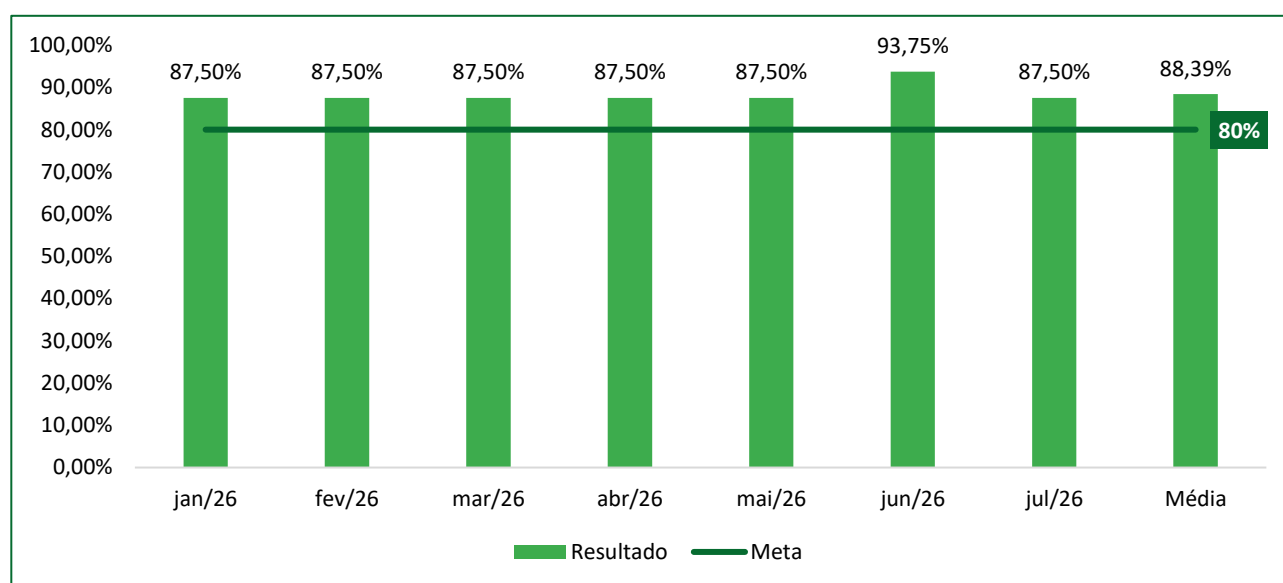
Todas as manifestações foram acolhidas, avaliadas e respondidas dentro dos prazos regulamentares, sendo devidamente encaminhadas aos setores competentes para análise, apuração dos fatos e adoção das medidas pertinentes. Sempre que necessário, a Ouvidoria realizou acompanhamento das tratativas junto às equipes responsáveis, contribuindo para a busca de soluções e para a melhoria contínua dos serviços prestados.

A atuação da Ouvidoria mantém-se como ferramenta estratégica de gestão, permitindo identificar fragilidades, acompanhar indicadores de qualidade e subsidiar a implementação

de ações voltadas ao aprimoramento da assistência, ao fortalecimento da transparência institucional e à promoção da cultura da melhoria contínua.

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

Gráfico 50: Garantir a efetividade das Comissões e Comitês, julho 2026.



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

Atualmente, o Hospital Municipal de Araucária conta com 18 (dezoito) comissões e núcleos institucionalizados, sendo eles: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), Núcleo de Educação Permanente (NEP), Comissão de Farmácia, Terapêutica e Padronização de Insumos, Medicamentos, Saneantes e Novas Tecnologias (CFTP), Comissão de Gerenciamento de Resíduos (GR), Comissão de Cuidados Paliativos, Comissão de Proteção Radiológica, Comissão de Humanização, Comissão de Epidemiologia, Comissão de Revisão de Prontuários, Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), Comitê Transfusional, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Núcleo Interno de Regulação (NIR), Comissão de Óbito Adulto,

Comissão de Óbito Materno, Infantil e Neonatal, Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) e Comissão de Ética Médica.

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

Durante o período, além do cumprimento das reuniões ordinárias mensais previstas para acompanhamento das atividades, análise de indicadores, avaliação de não conformidades, discussão de riscos e definição de ações de melhoria, observou-se evolução positiva na maturidade institucional e na atuação dos membros das comissões. Como evidência dessa evolução, durante o mês de julho foram realizadas reuniões extraordinárias da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e da Comissão de Gerenciamento de Resíduos.

A realização dessas reuniões extraordinárias demonstra uma postura mais proativa e resolutiva por parte dos membros das comissões, evidenciando maior capacidade de mobilização diante de situações que demandam análise, deliberação e encaminhamento oportunos, sem a necessidade de aguardar o ciclo ordinário da reunião mensal. Essa prática fortalece a capacidade de resposta institucional, favorece a identificação e o tratamento tempestivo de riscos e problemas e contribui para a consolidação de uma cultura organizacional orientada à prevenção, à corresponsabilização e à melhoria contínua.

Sob a perspectiva da gestão da qualidade, a iniciativa representa importante evidência de evolução da maturidade das instâncias colegiadas, uma vez que demonstra uma transição progressiva de uma atuação predominantemente vinculada ao calendário formal para uma atuação mais dinâmica, preventiva e orientada à resolução de problemas. A mobilização extraordinária dos colegiados evidencia maior autonomia dos membros, compromisso com suas atribuições institucionais e compreensão de que as situações identificadas nos

processos assistenciais e administrativos devem ser tratadas de forma oportuna, proporcional ao risco e com foco na efetividade das ações implementadas.

No que se refere à Comissão de Ética Médica, oficialmente instituída em 08 de junho de 2026, destaca-se que, embora sua implantação represente importante avanço para o fortalecimento da governança clínica, da ética profissional e da qualidade das relações médico-institucionais, não foi possível realizar reunião durante o mês de julho, em decorrência de solicitação de adequações por parte do Conselho Regional de Medicina (CRM). As adequações encontram-se em processo de regularização pela instituição, visando ao atendimento integral das exigências do órgão de classe e à plena operacionalização da Comissão de Ética Médica.

Paralelamente, encontra-se em andamento junto ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) o processo de constituição da Comissão de Ética de Enfermagem, apresentando avanço significativo nas etapas necessárias à sua implantação. Destaca-se, nesse contexto, o avanço relacionado à emissão da Declaração de Responsabilidade Técnica (RT) de Enfermagem, documento de fundamental importância para a regularização e organização do Serviço de Enfermagem perante o Conselho de Classe e para o fortalecimento da estrutura necessária à constituição da Comissão de Ética de Enfermagem.

A Responsabilidade Técnica de Enfermagem constitui elemento estratégico para a governança do serviço, uma vez que formaliza perante o Conselho Regional de Enfermagem a responsabilidade do enfermeiro responsável técnico pela organização, direção, planejamento, coordenação e supervisão das atividades de enfermagem, conforme as atribuições estabelecidas na regulamentação profissional vigente. A regularização da RT possibilita maior clareza quanto às responsabilidades profissionais e institucionais, fortalece a estrutura de gestão da enfermagem e estabelece uma referência formal para a interlocução entre a instituição, os profissionais e o Conselho de Classe.

Nesse contexto, a regularização da Responsabilidade Técnica representa uma etapa relevante para o avanço da constituição da Comissão de Ética de Enfermagem, por proporcionar maior organização e formalização do Serviço de Enfermagem e condições institucionais adequadas para a implantação da comissão. Ressalta-se que a Comissão de Ética de Enfermagem constitui importante instrumento de governança profissional, com atuação voltada à orientação ética, educação, prevenção de condutas inadequadas,



GESTÃO EM SAÚDE



promoção dos princípios éticos e profissionais e encaminhamento das situações que demandem análise, observando as competências institucionais e as normativas do Sistema COFEN/COREN.

Após a regularização da Responsabilidade Técnica, o processo de instituição da Comissão de Ética de Enfermagem deverá avançar de acordo com as orientações e normativas vigentes do Conselho Regional de Enfermagem, contemplando as etapas pertinentes à realidade institucional, tais como: regularização formal do Serviço de Enfermagem e da Responsabilidade Técnica; levantamento e organização dos profissionais de enfermagem; definição e organização do processo eleitoral, ; divulgação e mobilização dos profissionais; realização da eleição dos membros; apuração e formalização do resultado; encaminhamento da documentação necessária ao COREN para análise e homologação; emissão do ato institucional de constituição da Comissão; elaboração e/ou aprovação do regimento interno; capacitação dos membros eleitos e início formal das atividades.

Sob a perspectiva da gestão da qualidade, a evolução desse processo representa importante fortalecimento da governança profissional da instituição, uma vez que a existência de uma Comissão de Ética de Enfermagem formalmente constituída proporciona um espaço institucional estruturado para ações educativas e preventivas, orientação dos profissionais, discussão de situações relacionadas ao exercício da enfermagem e promoção de uma cultura de responsabilidade profissional, respeito às normas éticas e segurança do paciente.

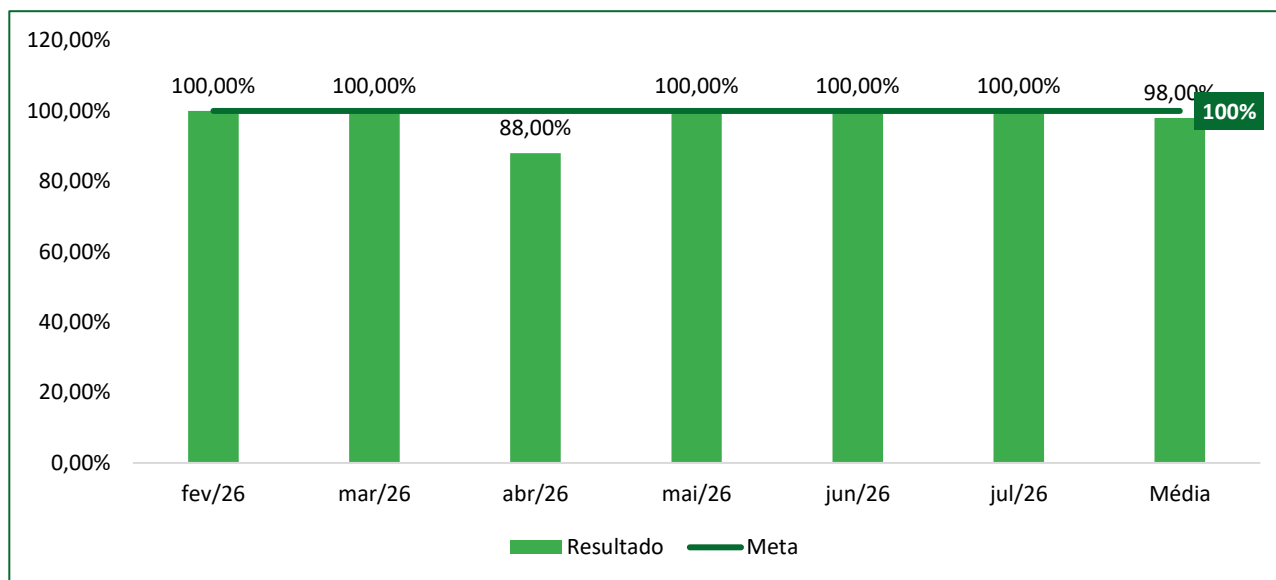
A implantação da Comissão de Ética de Enfermagem, associada à Comissão de Ética Médica já constituída, representa avanço relevante na consolidação dos mecanismos de governança clínica e profissional do Hospital Municipal de Araucária, ampliando as estruturas institucionais destinadas à promoção da ética, da responsabilidade profissional, da qualidade assistencial e da segurança do paciente.

De modo geral, o acompanhamento realizado no mês de julho demonstra evolução no funcionamento das instâncias colegiadas, não apenas pelo cumprimento das reuniões ordinárias e das atribuições previstas, mas também pela capacidade de mobilização extraordinária diante de demandas específicas e pelo avanço na estruturação de novas instâncias de governança profissional. A atuação da CIPA e da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em reuniões extraordinárias evidencia maior capacidade de resposta e

resolução de problemas, enquanto o avanço da Responsabilidade Técnica de Enfermagem e do processo de constituição da Comissão de Ética de Enfermagem demonstra o fortalecimento progressivo da estrutura institucional.

Esse conjunto de ações evidencia uma trajetória de evolução da maturidade institucional, caracterizada pelo fortalecimento da autonomia das comissões, maior corresponsabilização dos seus membros, atuação preventiva e resolutiva, tratamento oportuno dos riscos e busca contínua pela melhoria dos processos. Dessa forma, as comissões e núcleos deixam de atuar apenas como instâncias formais de cumprimento de requisitos e passam progressivamente a se consolidar como instrumentos efetivos de governança, gestão de riscos, tomada de decisão e melhoria contínua, contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança, da qualidade assistencial e da sustentabilidade dos processos institucionais.

Gráfico 51: Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional, julho 2026.



No mês de julho, o indicador atingiu 100% da meta estabelecida, cumprindo integralmente os requisitos pactuados no Termo de Referência. Esse resultado reflete um ganho consistente na adesão das equipes assistenciais, com avanço perceptível no preenchimento de itens críticos para a segurança do paciente, como a correta identificação à beira-leito e o registro dos atendimentos.

Embora o indicador consolide o atingimento do resultado meta, a análise contínua dos processos revela pequenos pontos de atenção residual. Tais inconsistências pontuais, observadas em etapas de checagem de prescrições e no detalhamento de evoluções multidisciplinares, são tratadas como oportunidades de aprimoramento e não comprometem a qualidade assistencial prestada. Para sustentar esse avanço, mantemos um acompanhamento educativo constante junto às equipes.

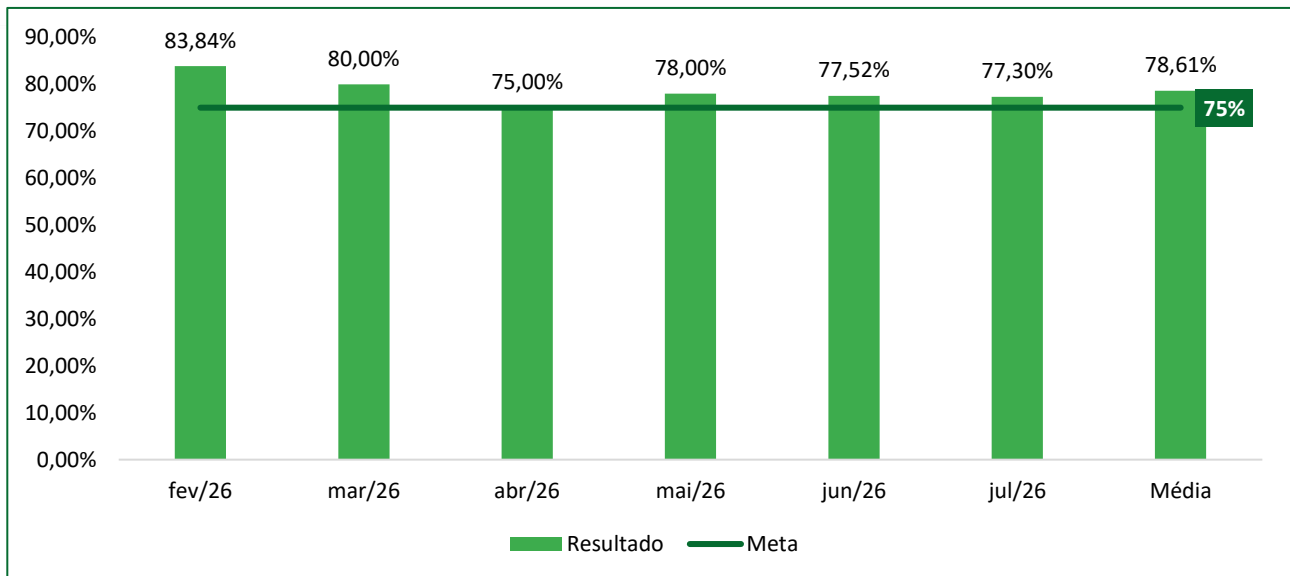
Paralelamente, identificou-se a necessidade de melhorias na própria ferramenta tecnológica. A atualização do sistema eletrônico para a incorporação de formulários que ainda tramitam de forma manual trará mais agilidade ao registro e reduzirá a margem de falhas operacionais.

Como medida imediata, no próprio mês de julho foram promovidas capacitações focadas na responsabilidade legal do registro e na checagem adequada de condutas.

Plano de Ação:

- Capacitação Multidisciplinar: Intensificar treinamentos práticos sobre a checagem integral de prescrições (médicas e de enfermagem) e a qualidade das evoluções de prontuário.
- Devolutiva de Auditoria: Alinhar com as equipes assistenciais os achados das auditorias internas, orientando sobre os pontos exatos de melhoria pactuados nos indicadores institucionais.

Gráfico 52: Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente maior que 75%., julho 2026.



No mês de julho de 2026 o Núcleo de Educação Permanente (NEP) deu continuidade ao fortalecimento das ações voltadas às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, mantendo a diretriz de priorizar temas de alto impacto na qualidade assistencial e na prevenção de eventos adversos.

A fim de garantir a abrangência e a capilaridade das ações educativas, a programação do período foi desenhada para atender de forma segmentada aos diferentes eixos da instituição, contemplando tanto as equipes assistenciais quanto os setores administrativos. Essa estratégia justifica o expressivo volume de treinamentos realizados, permitindo adequar os conteúdos às especificidades operacionais de cada setor, inclusive durante os processos de integração de novos colaboradores.

Durante o mês de julho foram realizados 22 treinamentos institucionais no total, distribuídos entre:

- 07 treinamentos relacionados às Metas de Segurança do Paciente;
- 10 treinamentos relacionados às Práticas e Protocolos Assistenciais;
- 05 treinamentos voltados à Gestão, Sistemas/Processos Institucionais e Segurança do Paciente.

Além das capacitações contratuais, mantiveram-se as ações complementares de orientação, monitoramento e alinhamento in loco, visando assegurar a padronização das rotinas assistenciais e o cumprimento das cargas horárias recomendadas.

Treinamentos relacionados às Metas de Segurança do Paciente

TEMA PÚBLICO-ALVO PARTICIPAÇÕES

Carrinho de Emergência e Kits de Urgência (Processo da Farmácia) Equipe da Farmácia 22

Boas Práticas de Enfermagem e Administração Segura de Medicamentos Enfermagem CM e CX (Noturno) 08

As 6 Metas de Segurança do Paciente Integração de Novos Colaboradores 05

Meta 1: Identificação Segura do Paciente Equipe da Recepção e Enfermagem 233

Notificação de Incidente e Não Conformidade Equipe da Recepção e Enfermagem (Novos) 25

Farmácia Clínica e Cuidado ao Paciente – Reconciliação Medicamentosa e Segurança do Paciente (POP 028) Farmacêuticas 05

Prevenção de Erros Transfusionais Técnicos de Laboratório 05

Total de participações 303

Para a composição do indicador no mês de julho, foi considerado o público elegível de colaboradores atuantes no período, somando 392 profissionais (310 da Enfermagem, 47 da Recepção, 29 da Farmácia e 06 do Laboratório).

Aplicando-se o cálculo:

$$(303 \div 392) \times 100 = 77,30\%$$

O resultado atingiu 77,30%, superando a meta contratual mínima estabelecida ($\geq 75\%$).

Análise Qualitativa e Desempenho do Indicador

O resultado numérico alcançado reflete a continuidade dos esforços da Educação Permanente em manter a cultura de segurança em evidência na instituição. Os temas abordados no mês contemplaram eixos fundamentais das Metas Internacionais, como a



GESTÃO EM SAÚDE



Identificação Segura do Paciente (Meta 1), a Segurança na Cadeia Medicamentosa (Meta 3), a Prevenção de Erros Transfusoriais e a Notificação de Eventos Adversos/Não Conformidades.

A oferta descentralizada e adaptada aos diferentes eixos assistenciais e administrativos permitiu envolver setores estratégicos da cadeia de cuidado — como a Recepção no processo inicial de identificação e o Laboratório nas etapas pré-transfusoriais —, demonstrando avanço na compreensão de que a segurança do paciente é uma responsabilidade transdisciplinar.

Aspectos Críticos Identificados e Governança de Processos

Apesar do atingimento do percentual contratual, a análise aprofundada dos registros evidencia fragilidades operacionais e de governança que impactam a efetividade real das ações promovidas pelo NEP:

- **Heterogeneidade na Cobertura Nominal:** A análise nominal dos registros demonstra a permanência de desequilíbrio na participação individual. Observa-se a repetição de participações de determinados colaboradores em múltiplas capacitações, enquanto parcela significativa da equipe elegível permanece sem registro de treinamento no período. Assim, embora o indicador global feche dentro da meta, a cobertura efetiva do público de ponta não ocorre de maneira homogênea.
- **Adesão aos Prazos e Qualidade das Evidências:** Identificaram-se inconsistências no cumprimento do fluxo institucional de entrega dos comprovantes de treinamento pelas lideranças dos setores. O envio de evidências fora do prazo estipulado (definido até o dia 25 de cada mês ou primeiro dia útil subsequente), associado ao uso eventual de formulários desatualizados ou incompletos, gera sobrecarga operacional na fase de consolidação dos dados e compromete a rastreabilidade do processo.
- **Corresponsabilização da Gestão Intermediária:** A execução fluida da Educação Permanente depende diretamente da atuação proativa das chefias imediatas. Evidenciou-se a necessidade de maior engajamento dos gestores assistenciais e de áreas de apoio no planejamento interno de suas equipes, garantindo a liberação dos profissionais, a aplicação dos treinamentos sob sua responsabilidade direta e a cobrança ativa da participação nas ações pactuadas.

Aspecto Estrutural Relevante

A governança do NEP permanece estruturada para oferecer suporte metodológico, cronogramas flexíveis e materiais de apoio a todos os eixos institucionais. O alinhamento contínuo entre NEP com os setores hospitalares, demonstra a robustez da matriz educativa da instituição, reforçando que os processos de capacitação devem ser compreendidos como prioridade assistencial e institucional.

Pontos de Atenção para Melhoria

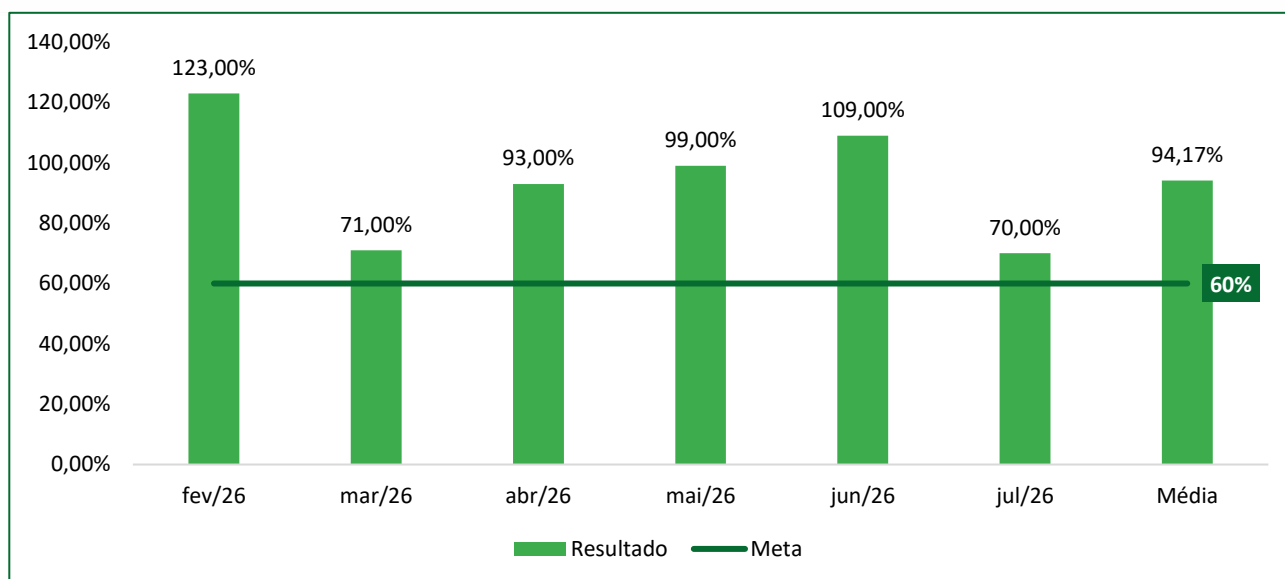
- Reforçar o cumprimento rigoroso do prazo limite (dia 25 de cada mês) para envio das evidências de treinamento pelas lideranças ao NEP, em formulários padronizados e devidamente preenchidos;
- Fomentar a utilização sistemática das planilhas de acompanhamento nominal pelas coordenações, visando identificar pendências e garantir a distribuição equitativa das participações;
- Intensificar a corresponsabilização das chefias imediatas no direcionamento, convocação e liberação de suas equipes para as ações educativas obrigatórias;
- Manter o monitoramento mensal contínuo para evitar lacunas na cobertura de setores específicos;
- Consolidar o fluxo de comunicação e alinhamento prévio entre NEP, Gerência Assistencial, SCIH e lideranças setoriais na condução dos temas prioritários.

Conclusão

O indicador de Metas de Segurança do Paciente alcançou 77,30% no mês de julho de 2026, cumprindo o requisito contratual estabelecido.

Contudo, para além do atingimento do índice numérico, o grande desafio institucional reside em transformar a meta quantitativa em cobertura nominal integral e homogênea. O fortalecimento da cultura de segurança depende de um fluxo governamental maduro, no qual o cumprimento dos prazos administrativos e a liderança ativa das chefias setoriais atuem em plena sintonia com o Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 53: Índice de Atualização Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%, julho 2026.



O Núcleo de Educação Permanente (NEP), manteve em julho de 2026 o direcionamento estratégico voltado ao aprimoramento contínuo da assistência, ao domínio de novas tecnologias hospitalares e à padronização das rotinas operacionais nos diversos setores do hospital.

Para assegurar a abrangência e a efetiva entrega dos conteúdos em todas as esferas do estabelecimento, a programação mensal foi estruturada com foco na descentralização e especificidade dos públicos. A realização de capacitações por eixos assistenciais e administrativos justifica a expressiva quantidade de treinamentos ofertados no período, permitindo adequar as instruções técnicas às realidades práticas de cada setor (como Unidades de Internação, Centro Cirúrgico, UTIs, SADT, Anestesiologia e Higienização).

Durante o mês de julho foram computados 22 treinamentos institucionais no total, agrupados da seguinte forma:

- 10 treinamentos relacionados às Práticas e Protocolos Assistenciais;
- 07 treinamentos relacionados às Metas de Segurança do Paciente;

- 05 treinamentos voltados à Gestão, Sistemas/Processos Institucionais e Segurança do Paciente.

Paralelamente às capacitações pactuadas contratualmente, foram executadas ações complementares in loco como orientações de trabalho, garantindo o suporte às equipes e o cumprimento das diretrizes de carga horária da instituição.

Treinamentos classificados como Práticas e Protocolos Assistenciais

TEMA PÚBLICO-ALVO PARTICIPAÇÕES

Instrução de Uso – Equipamento de Fototerapia Bilitron® Equipe de Enfermagem UTI
Neo / Alojamento Conjunto e Pediatria 16

Treinamento de Limpeza e Higienização Equipe do Serviço Hospitalar de Limpeza
(SHL) 31

Utilização Segura dos Monitores Multiparamétricos Alfamed Equipe de Enfermagem
das Áreas Críticas 42

Utilização Segura do Cardioversor – Conhecendo o Novo Equipamento e suas Aplicações
na Assistência ao Paciente Enfermagem Geral 11

Utilização Segura das Novas Incubadoras Neonatais Enfermagem da UTI Neonatal
10

Anotação e Evolução de Enfermagem e Checagem de Medicação Enfermagem PSG /
PAI e Pediatria 15

Troca de Dispositivos/Fixações e Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea (ICS)
Enfermagem Geral 94

Utilização Segura do Novo Aparelho de Anestesia Anestesiologistas e Enfermagem do
Centro Cirúrgico 29

Uso Seguro de Equipamentos Eletrocirúrgicos Equipe de Enfermagem do Centro
Cirúrgico (CCG) 09

Registro de Enfermagem no SADT Enfermagem do SADT 04

Total de participações 261

Para fins de apuração do indicador no mês de julho, considerou-se o público elegível ativo de 374 profissionais (310 da Enfermagem, 40 da SHL e 24 Anestesistas).

Aplicando-se a fórmula de cálculo:

$$(261 \div 374) \times 100 = 69,78\%$$

O resultado obtido atingiu 69,78%, superando a meta contratual pactuada ($\geq 60\%$).

Análise Qualitativa e Desempenho do Indicador

O desempenho registrado no mês reforça a capacidade adaptativa da Educação Permanente em respaldar tecnicamente as inovações tecnológicas e operacionais incorporadas pelo hospital. Enquanto as ações de Metas focam na prevenção sistemática do risco, o eixo de Práticas e Protocolos se estabelece como a base para a excelência clínica e a uniformidade das rotinas de cuidado.

O destaque do mês de julho pautou-se na consolidação do uso seguro de novas tecnologias médico-hospitalares (como incubadoras neonatais, monitores multiparamétricos e aparelhos de anestesia), bem como no reforço de protocolos assistenciais vitais, a exemplo das trocas e fixações de dispositivos, do manejo e prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea (ICS). A abordagem dirigida a setores específicos (SADT, Centro Cirúrgico, Maternidade e Terapia Intensiva) assegurou a entrega de treinamentos alinhados à complexidade dos atendimentos prestados.

Aspectos Críticos Identificados e Governança de Processos

Não obstante o atingimento do índice estabelecido pelo contrato, a avaliação detalhada do fluxo de execução e compilação dos dados aponta pontos de vulnerabilidade organizacional que exigem aperfeiçoamento:

- **Dispersão e Concentração de Participações:** Constata-se que o alcance percentual do indicador permanece impulsionado pela expressiva participação de determinados profissionais em múltiplos treinamentos, enquanto parcela expressiva do público elegível não registrou presença nas ações do mês. Tal conjuntura demonstra que a meta numérica atingida não equivale, necessariamente, à cobertura integral dos colaboradores de ponta.

- Gargalos na Devolutiva de Evidências e Prazos: Verificou-se reincidência de atrasos no envio das listas de presença e comprovantes por parte de algumas lideranças assistenciais. O não cumprimento da data limite institucional (fixada no dia 25 do mês vigente ou 1º dia útil subsequente), somado ao eventual uso de listas em formatos desatualizados ou preenchidas incorretamente, impacta diretamente o tempo hábil de consolidação dos dados pelo NEP e fragiliza a rastreabilidade das informações.
- Co-responsabilidade das Lideranças Intermediárias: A efetividade prática das ações do NEP está intrinsecamente ligada ao engajamento das chefias imediatas. Identifica-se a necessidade de maior rigor dos gestores setoriais no acompanhamento das pendências de suas equipes, na cobrança quanto à presença nos treinamentos e na priorização da liberação dos profissionais sem prejuízo à continuidade da assistência.

Aspecto Estrutural Relevante

A governança do NEP reafirma o compromisso em prover suporte metodológico integral, garantindo flexibilidade operacional para a condução das capacitações in loco e em diferentes turnos. A cooperação entre o NEP e os diversos setores hospitalares, ratifica a Educação Permanente como pilar indispensável para o desenvolvimento profissional e a manutenção dos padrões de qualidade hospitalar.

Pontos de Atenção para Melhoria

- Exigir o cumprimento estrito do calendário de entrega das evidências de treinamento (até o dia 25 de cada mês) pelas coordenações, em impressos oficiais padronizados;
- Fomentar a utilização contínua das planilhas de gestão nominal disponibilizadas pelo NEP para diagnóstico e correção imediata de lacunas de treinamento nas equipes;
- Fortalecer o papel das lideranças setoriais na mobilização, convocação e liberação dos colaboradores para ações educativas obrigatórias;
- Dar continuidade às capacitações in loco voltadas à correta manuseabilidade e preservação dos novos parques tecnológicos da instituição;
- Manter o acompanhamento mensal sistemático das participações para assegurar uma distribuição equitativa das oportunidades de qualificação.



GESTÃO EM SAÚDE

Conclusão



O indicador de Práticas e Protocolos Assistenciais alcançou 69,78% no mês de julho de 2026, cumprindo satisfatoriamente o parâmetro contratual fixado.

Para além da conformidade quantitativa com a meta, o progresso da gestão educacional na instituição depende do amadurecimento dos fluxos administrativos e do engajamento efetivo de toda a linha de comando assistencial. A garantia de entregas tempestivas das evidências e a busca pela cobertura nominal integral configuram-se como premissas indispensáveis para a consolidação de uma prática clínica padronizada, segura e de alto desempenho.

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 92,50,00 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	1	3
11	Realizar No Mínimo Saídas Hospitalares	439	10	De 90 a 100% da meta = 10 pontos De 80 a 89% = 8 pontos De 70 a 79% = 5 pontos. Menor que 70% da meta = 0 pontos	521	10
12	Realizar o Valor Mínimo de Cirurgia Eletiva	145	-	As metas serão avaliadas individualmente por procedimento,		



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	17	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	10	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	4	1,00
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	20	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	45	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	4	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	7	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	3	1,00
21	Laqueadura eletiva	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	2,50
22	Laqueadura pós parto normal	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	1	1,00



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	20	2,50
24	Realizar no Mínimo de consultas ambulatoriais eletivas	230	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:		
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	97	0,0
26	Plano Parto	30	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	37	3,0
27	Realizar no mínimo de Cirurgias ambulatoriais eletivas	105	-	As metas serão avaliadas Individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:		
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	38	3,00
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	47	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	360	3,00



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	2216	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	689	3,0
35	Ultrassonografia para mapeamento de endometriose	10	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	11	2,50
36	Ecocardiograma Adulto/Infantil	60	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	64	3,00
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	38	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	94	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	6	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	96	3,00
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	95	3,00
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	11	3,00



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA

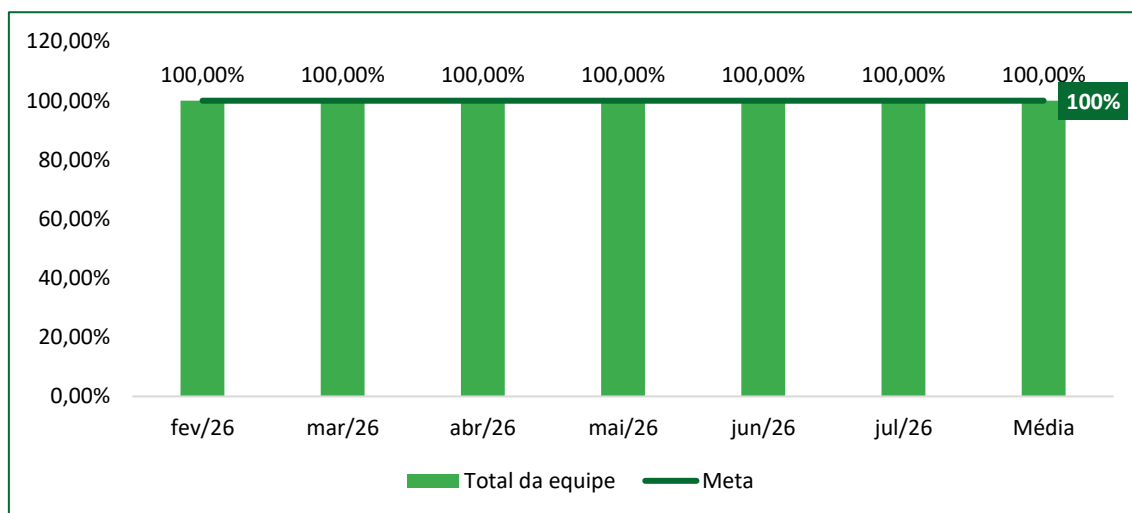


Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
TOTAL			115,80		RESULTADO	92,50

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026)

INDICADORES – EQUIPE MÉDICA

Gráfico 54: Manter Equipe Médica Completa, julho 2026.



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

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

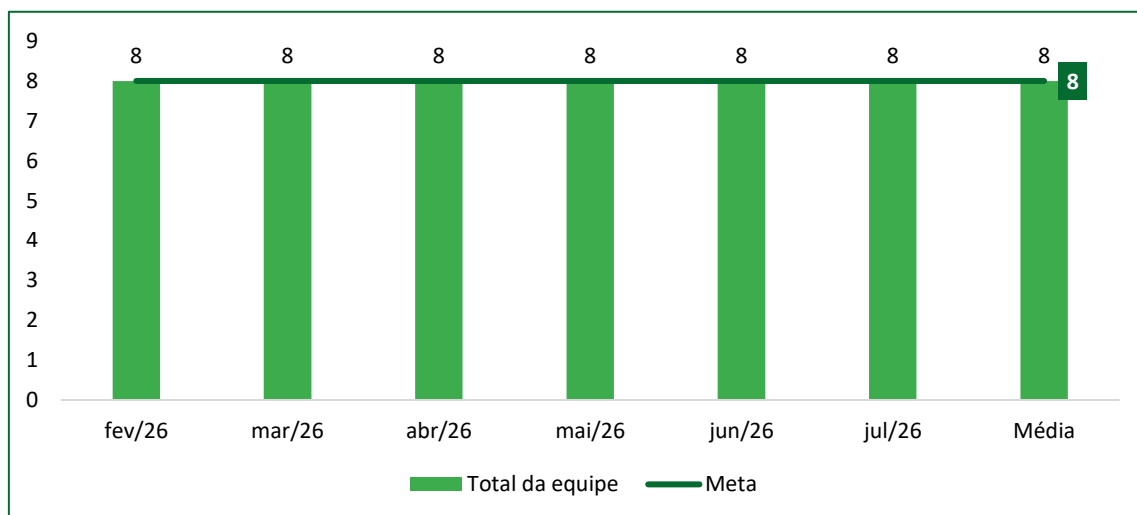
Durante o período avaliado, o Hospital Municipal de Araucária manteve a regularidade das escalas médicas nas diferentes especialidades assistenciais, assegurando o atendimento aos parâmetros contratuais estabelecidos e a continuidade da assistência à população.

Como medida de manutenção dos resultados alcançados, permanece em execução o monitoramento sistemático das escalas médicas, realizado em articulação contínua com a empresa responsável pela prestação dos serviços.

Essa estratégia permite o acompanhamento da cobertura assistencial e a identificação antecipada de eventuais necessidades de ajustes ou adequações nas escalas, possibilitando a adoção oportuna das medidas necessárias para evitar desassistências.

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

Gráfico 54: - Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais, julho 2026.



Em conformidade com o Edital de Chamamento Público nº 001/2025, o Hospital Municipal de Araucária (HMA) manteve, durante o período avaliado, a estrutura organizacional composta por 9 coordenações médicas, atendendo ao quantitativo mínimo de 8 coordenações estabelecido contratualmente, além da Coordenação do Pronto Atendimento Infantil, conforme previsto no item 2.5 das Diretrizes Gerais do referido edital.

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

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

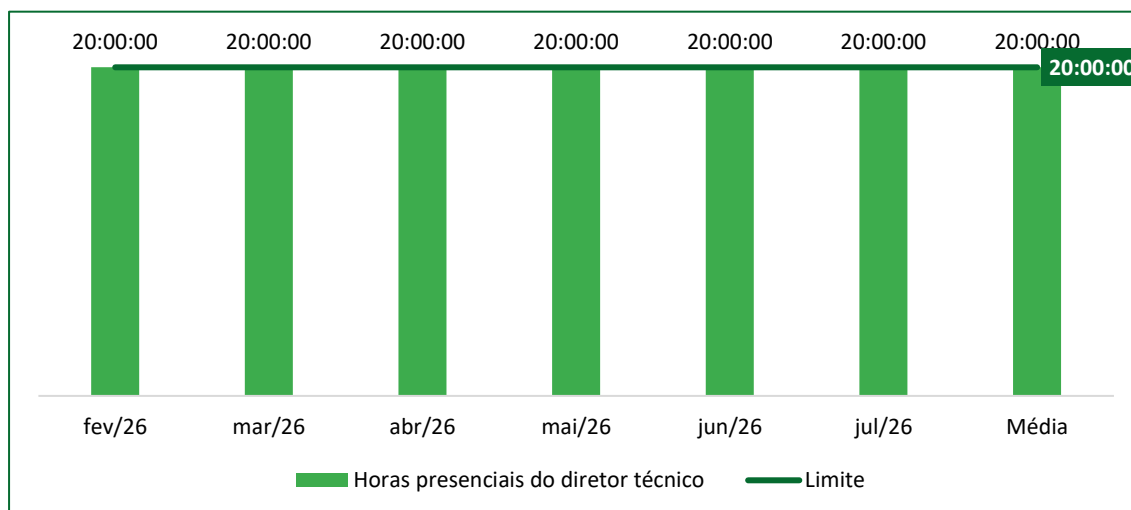
A seguir, apresenta-se a relação dos profissionais responsáveis pelas coordenações médicas que exerceram suas atividades no Hospital Municipal de Araucária durante o mês de julho de 2026:

- Anestesiologia: Dra. Denise Rose – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 5.049.
- Clínica Médica e UTI Adulto: Dra. Maria Cláudia Hahn Ferruccio – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 370 e nº 371.
- * Clínica Cirúrgica: Dr. Cristian André Schulz – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 35.188.
- * Clínica Ginecológica e Obstétrica: Dra. Leila Wessler Faust – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 28.007, e Dra. Carolina Brunini Carneiro – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 36.438.
- * Clínica Ortopédica: Dra. Ana Alice Destri – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 24.408.
- * Pronto Atendimento Infantil e Pediatria: Dra. Camila de Oliveira Benato – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 22.162.
- * UTI Neonatal e Pediátrica: Dra. Bruna Paula Silveira – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 25.595, e Dra. Samara Damin – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 29.304.
- * Alojamento Conjunto e Sala de Parto: Dra. Aline Weber Crocetti Wakamori – Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nº 35.792.

A manutenção integral das coordenações médicas, aliada ao cumprimento da carga horária mínima estabelecida, demonstra a regularidade da estrutura de

gestão médica do Hospital Municipal de Araucária e o atendimento às obrigações previstas no Edital de Chamamento Público nº 001/2025 no período avaliado.

Gráfico 55 - Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais, julho 2026.



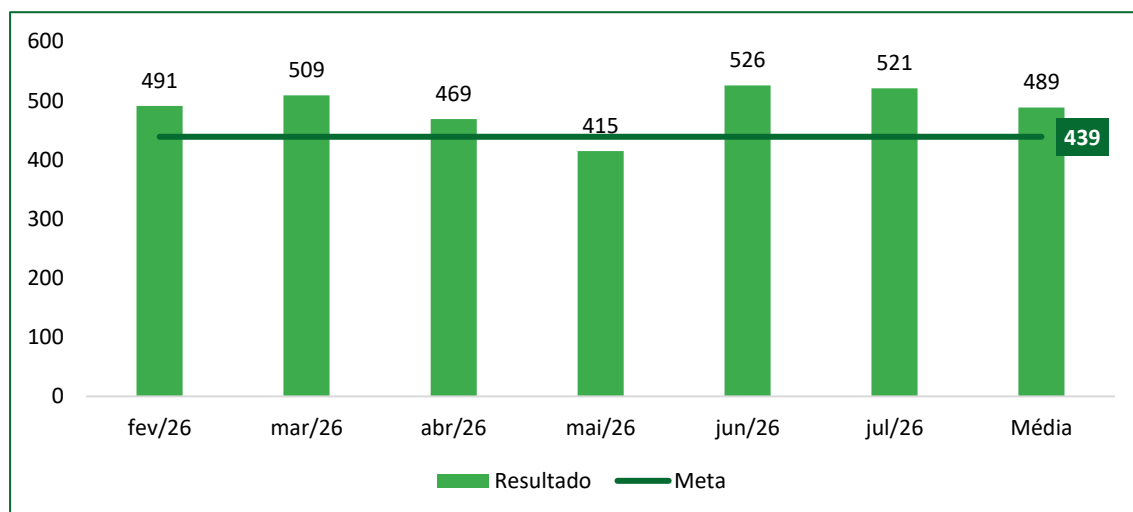
A Direção Técnica do Hospital Municipal de Araucária, conduzida pelo Dr. Isaac Brambilla, cumpriu integralmente, durante o período analisado, a jornada mínima semanal estabelecida de 20 (vinte) horas, em consonância com as responsabilidades do cargo e com as normas institucionais aplicáveis.

Ao longo do mês, foram realizadas ações relacionadas à gestão técnico-assistencial e administrativa da unidade, abrangendo a supervisão das atividades assistenciais, a análise dos fluxos e procedimentos internos, a organização e atualização dos registros institucionais, o acompanhamento das rotinas operacionais e o apoio à elaboração e ao gerenciamento das escalas médicas.

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

INDICADOR – INTERNAMENTO/SAÍDAS HOSPITALARES

Gráfico 56 – Internamentos/Saídas Hospitalares, julho 2026.

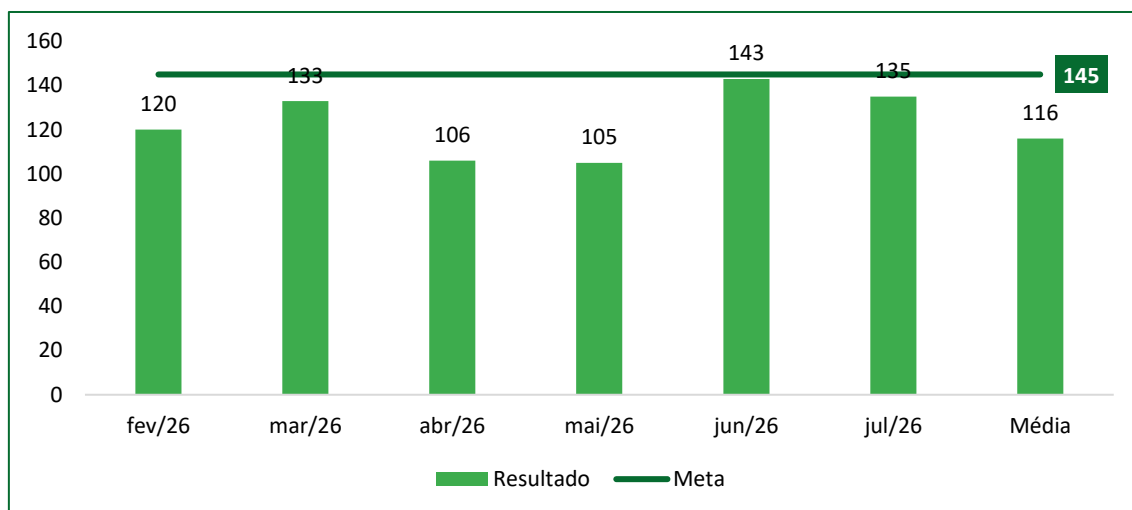


Durante o período analisado, foram registradas 351 (trezentos e cinquenta e um) saídas hospitalares decorrentes de atendimentos clínicos de urgência/emergência (óbitos, alta melhorado, transferência externa, alta a pedido e/ou evasão) e 170 (cento e sessenta saídas de pacientes cirúrgicos de urgência/emergência, totalizando 521 (quinhentos e vinte e um) saídas de urgência/emergência, quantitativo superior à meta estabelecida no contrato de gestão.

No mês de Julho de 2026, foram registradas 628 (seiscentos e vinte e oito) saídas hospitalares, das quais 521 (quinhentos e vinte e um) referiram-se a atendimentos de urgência/emergência e 107 (cento e sete) a pacientes eletivos, em conformidade com a meta estabelecida.

INDICADOR – CIRURGIAS ELETIVAS HOSPITALARES

Gráfico 57 - Cirurgias Eletivas, julho 2026.



Com base nos dados apresentados, observa-se que o desempenho cirúrgico global manteve-se alinhado às metas contratuais em diversas especialidades, com superação pontual em áreas estratégicas e adequação às demandas assistenciais nas demais. A seguir, apresenta-se análise crítica por especialidade, considerando o perfil assistencial, a demanda regulada e as melhores práticas clínicas:

Cirurgia Geral (Meta: 20 | Realizadas: 17)

A produção esteve ligeiramente abaixo da meta, justificada pela priorização de técnicas minimamente invasivas. Observa-se que parcela significativa dos casos anteriormente conduzidos por via aberta foi redirecionada para abordagem videolaparoscópica, em consonância com protocolos assistenciais que priorizam menor tempo de internação, redução de complicações e melhor recuperação do paciente.

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

Meta integralmente cumprida, evidenciando adequada organização da agenda cirúrgica e incorporação efetiva de técnicas minimamente invasivas, com impacto positivo nos desfechos assistenciais.

Cirurgia Geral – Coloproctologia (Meta: 10 | Realizadas: 4)

A produção inferior à meta decorre do perfil atual da demanda, caracterizado por fila reduzida. Destaca-se que os pacientes elegíveis encontram-se em fase de investigação e preparo pré-operatório, o que impacta temporariamente o volume de procedimentos realizados, sem prejuízo assistencial.

Cirurgia Pediátrica (Meta: 20 | Realizadas: 20)

Meta atingida conforme previsto, demonstrando adequada regulação e execução dos procedimentos dentro da capacidade instalada.

Cirurgia Ginecológica (Meta: 40 | Realizadas: 45)

Produção superior à meta, refletindo otimização da capacidade operativa e absorção de demanda reprimida, contribuindo para a redução de filas e melhoria do acesso ao serviço.

Cirurgia Ginecológica por Vídeo (Meta: 6 | Realizadas: 7)

Superação da meta, alinhada à ampliação do uso de técnicas minimamente invasivas, com benefícios assistenciais e maior resolutividade.

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

Meta plenamente atingida, demonstrando equilíbrio entre demanda regulada e capacidade de execução.

Cirurgia Ortopédica (Meta: 5 | Realizadas: 3)

Produção abaixo da meta em função da demanda apresentada no período, mantendo-se, contudo, a assistência integral aos casos indicados e regulados.

Laqueadura Eletiva (Meta: 5 | Realizadas: 5)

Meta cumprida integralmente, com adequada organização do fluxo assistencial.

Laqueadura Pós-Parto (Meta: 5 | Realizadas: 1)

Produção inferior à meta em decorrência da natureza do procedimento, que depende de demanda espontânea e indicação clínica no momento do parto. No período analisado, houve baixa procura, resultando em menor volume realizado, sem interferência na qualidade da assistência

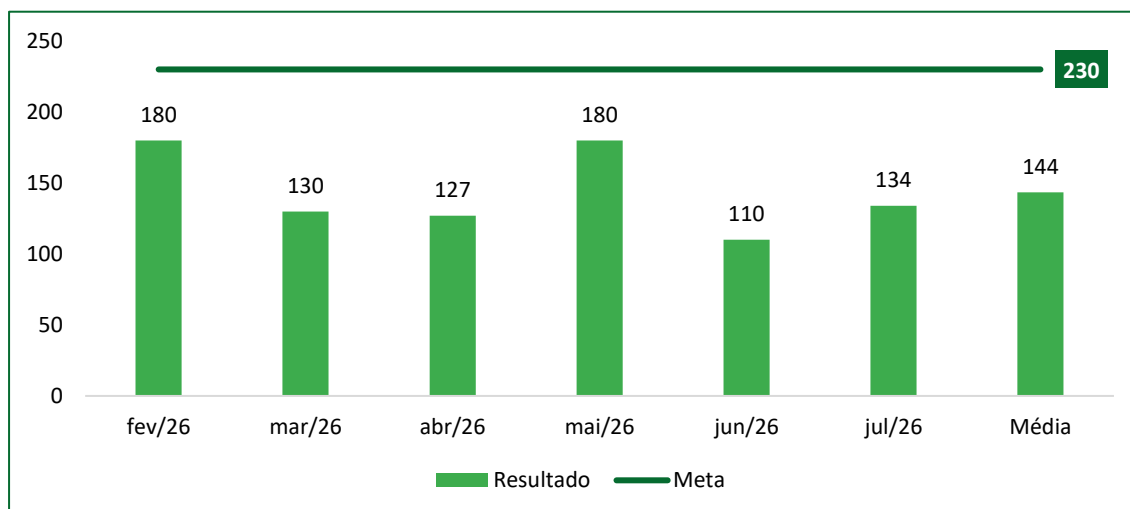
Cirurgia Vascular (Meta: 20 | Realizadas: 20)

Meta integralmente atingida, evidenciando eficiência na execução e adequado dimensionamento da oferta frente à demanda.

De forma geral, os resultados demonstram desempenho satisfatório, com cumprimento ou superação das metas na maioria das especialidades. As variações observadas estão relacionadas a fatores assistenciais legítimos, como perfil de demanda, priorização de técnicas mais resolutivas e fluxos de preparo pré-operatório, não configurando inconsistências operacionais, mas sim adequação às melhores práticas e à necessidade real dos pacientes.

INDICADOR – CONSULTAS E CIRURGIAS AMBULATORIAIS ELETIVAS

Gráfico 58 - Consultas ambulatoriais eletivas, julho 2026.



Indicador não conforme – Cardiologia Avaliação pré-sedação

No mês de junho, foram agendadas 117 consultas, das quais 84 foram realizadas, correspondendo a 42% da meta, com absenteísmo de 24,79% (29 faltas) e 04 pacientes previstos para reagendamento.

Em julho, houve melhora discreta, com 156 consultas agendadas e 97 realizadas (48,50% da meta). O absenteísmo reduziu para 19,87% (31 faltas), com 28 pacientes a serem reagendados.

Comparativamente, observa-se avanço no desempenho e redução do absenteísmo, porém o indicador permanece não conforme, ainda impactado pela baixa oferta de pacientes via regulação (CRA) e pelas faltas.

Indicador conforme – Consultas de Plano de Parto

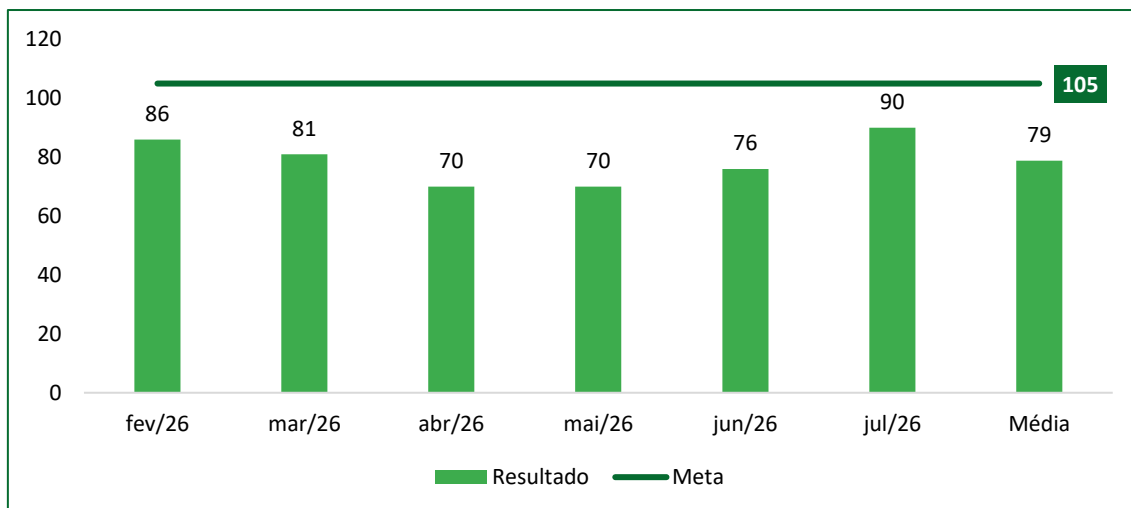
Em junho, foram agendadas 58 consultas, com 26 realizadas (86,67% da meta), e absenteísmo de 55,17% (32 faltas).

Em julho, houve melhora significativa, com 68 consultas agendadas e 37 realizadas, atingindo 123,33% da meta. O absenteísmo reduziu para 45,59% (31 faltas).

Comparativamente, houve evolução com atingimento da meta e redução das faltas, tornando o indicador conforme no período.

Destacam-se como pontos positivos a melhoria na adesão das pacientes e na organização das agendas. Para manutenção dos resultados, serão mantidas as ações de confirmação prévia, monitoramento contínuo e integração entre as equipes assistencial e administrativa.

Gráfico 59 - Cirurgias ambulatoriais eletivas, julho 2026.



Vasectomia (Meta: 5 | Realizadas: 5)

Meta integralmente atingida, demonstrando adequada captação da demanda e organização do fluxo assistencial. O resultado indica equilíbrio entre oferta e procura, com boa adesão dos pacientes ao procedimento.

Cirurgia Ambulatorial (Meta: 50 | Realizadas: 38 | Agendadas: 41 | Faltas: 3)

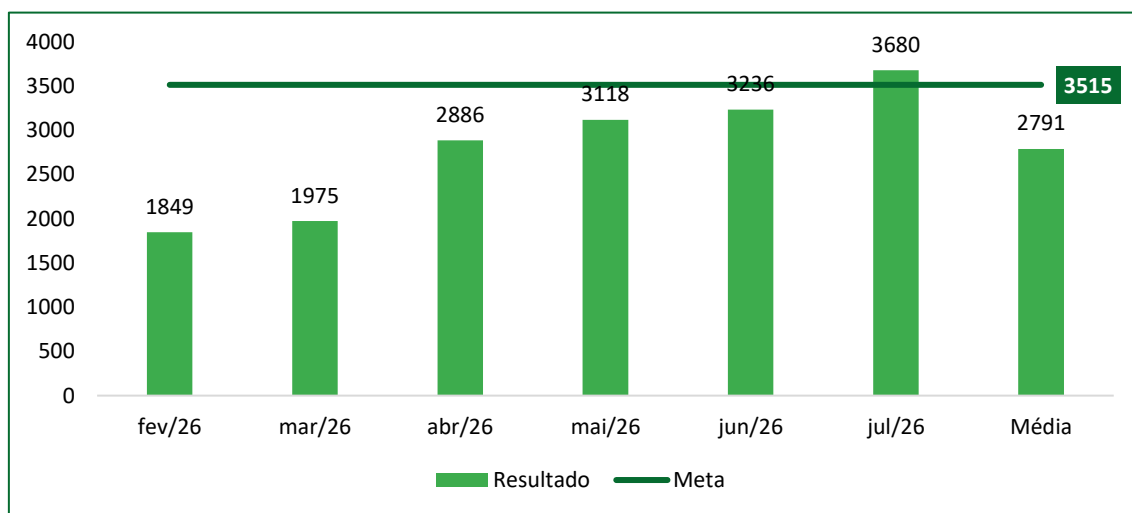
A produção ficou abaixo da meta em função da demanda encaminhada pela regulação (SMS), que totalizou 41 pacientes agendados no período, número inferior à meta contratual. Além disso, houve registro de absenteísmo (3 faltas), impactando diretamente o quantitativo final realizado. Ressalta-se que todas as vagas disponibilizadas foram devidamente ofertadas, não havendo ociosidade por falha operacional, mas sim limitação relacionada ao volume de encaminhamentos e comparecimento dos pacientes.

Tratamento de Varizes por Espuma (Meta: 50 | Realizadas: 47)

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

INDICADOR 31 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – EXAMES ELETIVOS

Gráfico 60 – SADT, julho 2026.



No período de 01 a 31 de julho de 2026, foram realizados 3.680 exames de SADT, o que corresponde a 104,69% da meta estabelecida no Contrato de Gestão.

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

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

Mamografia

Foram disponibilizadas 153,33% (cento e cinquenta e três vírgula trinta e três por cento) da meta, correspondendo à oferta de 460 (quatrocentas e sessenta) vagas para a realização do exame. Foram agendados 460 (quatrocentos e sessenta) exames, dos quais 360 (trezentos e sessenta) foram efetivamente realizados, atingindo 120,00% (cento e vinte por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 21,74% (vinte e um vírgula setenta e quatro por cento), equivalente a 100 (cem) faltas.

Dos 360 (trezentos e sessenta) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

Radiodiagnóstico

Foram disponibilizadas 125,20% (cento e vinte e cinco vírgula vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 2.504 (duas mil quinhentas e quatro) vagas para a realização do exame. Foram agendados 2.503 (duas mil e quinhentos e três) exames, dos quais 2.216 (duas mil duzentos e dezesseis) foram efetivamente realizados, atingindo 110,80% (cento e dez vírgula oitenta por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 23,29% (vinte e três vírgula vinte e nove por cento), equivalente a 583 (quinhentos e oitenta e três) faltas.

Dos 2.216 (duas mil duzentos e dezesseis) exames realizados, 296 (duzentos e noventa e seis) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

Ultrassonografia

Foram disponibilizadas 113,63% (cento e treze vírgula sessenta e três por cento) da meta, correspondendo à oferta de 909 (novecentas e nove) vagas para a realização do exame. Foram agendados 908 (novecentos e oito) exames, dos quais 689 (seiscentos e oitenta e nove) foram efetivamente realizados, atingindo 86,13% (oitenta e seis vírgula treze por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 22,91% (vinte e dois vírgula noventa e um por cento), equivalente a 208 (duzentos e oito) faltas.

Dos 689 (seiscentos e oitenta e nove) exames realizados, 30 (trinta) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

Ultrassonografia 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 12 (doze) exames, dos quais 11 (onze) foram efetivamente realizados, atingindo 110,00% (cento e dez por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 9,09% (nove vírgula zero nove por cento), equivalente a 1 (uma) falta.

Dos 11 (onze) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

Ecocardiograma Adulto e Infantil

Foram disponibilizadas 155,00% (cento e cinquenta e cinco por cento) da meta, correspondendo à oferta de 93 (noventa e três) vagas para a realização do exame. Foram agendados 93 (noventa e três) exames, dos quais 64 (sessenta e quatro) foram efetivamente realizados, atingindo 106,67% (cento e seis vírgula sessenta e sete por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 22,58% (vinte e dois vírgula cinquenta e oito por cento), equivalente a 21 (vinte e uma) faltas.

Dos 64 (sessenta e quatro) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

Teste Ergométrico

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 36 (trinta e seis) vagas para a realização do exame. Foram agendados 36 (trinta e seis) exames, dos quais 38 (trinta e oito) foram efetivamente realizados, atingindo 126,67% (cento e vinte e seis vírgula sessenta e sete por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 44,44% (quarenta e quatro vírgula quarenta e quatro por cento), equivalente a 16 (dezesesseis) faltas.

Dos 38 (trinta e oito) exames realizados, 18 (dezoito) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

Eletrocardiograma

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 140 (cento e quarenta) exames, dos quais 94 (noventa e quatro) foram efetivamente realizados, atingindo 94,00% (noventa e quatro por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 32,86% (trinta e dois vírgula oitenta e seis por cento), equivalente a 46 (quarenta e seis) faltas.

Dos 94 (noventa e quatro) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

- **Biópsia de Próstata**

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 6 (seis) vagas para a realização do exame. Foram agendados 6 (seis) exames, dos quais 6 (seis) foram efetivamente realizados, atingindo 120,00% (cento e vinte por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 16,67% (dezesesseis vírgula sessenta e sete por cento), equivalente a 1 (uma) falta.

Dos 6 (seis) exames realizados, 1 (um) corresponde a agendamento de competência anterior.

Endoscopia

Foram disponibilizadas 130,00% (cento e trinta por cento) da meta, correspondendo à oferta de 130 (cento e trinta) vagas para a realização do

exame. Foram agendados 128 (cento e vinte e oito) exames, dos quais 96 (noventa e seis) foram efetivamente realizados, atingindo 96,00% (noventa e seis por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 25,00% (vinte e cinco por cento), equivalente a 32 (trinta e duas) faltas.

Dos 96 (noventa e seis) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

Colonoscopia / Retossigmoidoscopia

Foram disponibilizadas 114,00% (cento e quatorze por cento) da meta, correspondendo à oferta de 114 (cento e quatorze) vagas para a realização do exame. Foram agendados 114 (cento e quatorze) exames, dos quais 95 (noventa e cinco) foram efetivamente realizados, atingindo 95,00% (noventa e cinco por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 21,93% (vinte e um vírgula noventa e três por cento), equivalente a 25 (vinte e cinco) faltas.

Dos 95 (noventa e cinco) exames realizados, 6 (seis) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

Biópsia de Próstata

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 6 (seis) vagas para a realização do exame. Foram agendados 6 (seis) exames, dos quais 6 (seis) foram efetivamente realizados, atingindo 120,00% (cento e vinte por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 16,67% (dezesesseis vírgula sessenta e sete por cento), equivalente a 1 (uma) falta.

Dos 6 (seis) exames realizados, 1 (um) corresponde a agendamento de competência anterior.

Endoscopia

Foram disponibilizadas 130,00% (cento e trinta por cento) da meta, correspondendo à oferta de 130 (cento e trinta) vagas para a realização do exame. Foram agendados 128 (cento e vinte e oito) exames, dos quais 96 (noventa e seis) foram efetivamente realizados, atingindo 96,00% (noventa e seis por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 25,00% (vinte e cinco por cento), equivalente a 32 (trinta e duas) faltas.

Dos 96 (noventa e seis) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

Ecocardiograma Fetal

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 12 (doze) vagas para a realização do exame. Foram agendados 12 (doze) exames, dos quais 11 (onze) foram efetivamente realizados, atingindo 110,00% (cento e dez por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 8,33% (oito vírgula trinta e três por cento), equivalente a 1 (uma) falta.

Dos 11 (onze) exames realizados, não houve agendamentos de competências anteriores.

6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados no mês de julho de 2026 evidenciam a continuidade do processo de aprimoramento dos serviços prestados pelo Hospital Municipal de Araucária. Ao longo do período, foram observados avanços na condução das atividades assistenciais, administrativas e de apoio à rede, refletindo o fortalecimento das equipes, a organização dos fluxos internos e a consolidação de práticas direcionadas à segurança do paciente e à qualidade do atendimento.

A instituição manteve seu compromisso com a oferta de uma assistência humanizada, resolutiva e integrada às necessidades da população. Os resultados alcançados demonstram a capacidade de adaptação dos profissionais, a articulação entre os diferentes setores e a busca permanente pela qualificação dos processos de trabalho, contribuindo para a continuidade do cuidado e para o aprimoramento da experiência dos usuários.

Durante o mês, a gestão e as equipes permaneceram empenhadas no acompanhamento dos indicadores e na identificação de oportunidades de melhoria. As ações desenvolvidas reforçam a responsabilidade institucional com a eficiência, a resolutividade e a segurança da assistência, mantendo uma trajetória de evolução contínua e criando condições para o alcance de resultados ainda mais consistentes nos próximos períodos.

Araucária – PR, 15 de agosto de 2026.



Documento assinado digitalmente
NOEMI GARCIA MORAES FERLA
Data: 14/08/2026 19:07:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Diretoria Geral
Hospital Municipal de Araucária – HMA



Documento assinado digitalmente

ISAAC PONCE BRAMBILLA

Data: 14/08/2026 17:47:28-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Diretoria Técnica

Hospital Municipal de Araucária – HMA



Documento assinado digitalmente

ANA LIZ MINTE DA SILVA

Data: 14/08/2026 18:40:42-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Gerência Assistencial

Hospital Municipal de Araucária – HMA