

RELATÓRIO DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Hospital Municipal de Araucária

Contrato de Gestão Nº 023-2026

COMPETÊNCIA FEVEREIRO DE 2026

Araucária/ PR, 26 de março de 2026.

OFÍCIO XXX/2026

Araucária/PR, 26 de março de 2026.

Ilma. Sra.

Renata Knopik Botogoski

Secretária Municipal de Saúde

Prefeitura de Araucária – PR

Assunto:	Entrega da Prestação de Contas Assistencial, correspondente a competência de fevereiro de 2026 – Contrato de Gestão Nº023/2026 - SMS/S3.
-----------------	--

A S3 Gestão em Saúde, Organização Social, devidamente inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ sob o Nº 14.284.483/0001-08, Gestora do Hospital Municipal de Araucária - HMA, vem, respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, por meio de seu Diretor Médico e Responsável Técnico, Dr. Isaac Brambilla Conselho Regional de Medicina - CRM/PR 45.300 e sua Diretora Geral, Tatiane Campos, expor e requerer o que segue e entregar a Prestação de Contas Assistencial relativa à competência supramencionada, vinculada ao Contrato de Gestão Nº 023/2026

Considerando, portanto, a respectiva entrega, solicitamos a avaliação da Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão Nº 023/2026, no período em destaque, assim como o retorno formal desta Secretaria quanto a respectiva aprovação da prestação de contas em apreço.

Sendo o que nos cumpre para o momento, permanecemos à disposição e, na oportunidade, renovamos protestos de estima e consideração.

Cordialmente,

Diretoria Geral

Tatiane Campos

Observação: Para apropriado atendimento de futuras solicitações de informações e eventuais notificações destinadas a S3 Gestão de Pessoas, solicitamos que estas sejam encaminhadas para o endereço eletrônico (e-mail) que é o serviço de comunicação externa do Instituto.

Processos de Validação S3 Gestão em Saúde (Uso Interno)

Elaboração e Revisão

ID dos Processos	Descrição	Responsável
2026001076	Técnica de Enfermagem da Qualidade (Elaboração)	Aline Paola Schuvaizerski
2026001076	Enfermeira da Qualidade (Revisão)	Renata Cristina Borges

Contribuições

ID dos Processos	Descrição	Responsável
2026001076	Diretoria Médica	Isaac Brambilla
2026000492	Diretora Geral da Unidade	Tatiane Campos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METAS QUALITATIVAS.....	6
3. METAS QUANTITATIVAS	98
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
5. ASSINATURAS.....	123

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem por objetivo apresentar e descrever as atividades assistenciais desenvolvidas no Hospital Municipal de Araucária (HMA), durante o mês de fevereiro/2026, do Contrato de Gestão 023/2026.

Os indicadores de desempenho são parâmetros de acompanhamento definidos contratualmente, sendo ferramentas a serem utilizadas com a finalidade de avaliar a qualidade do serviço prestado, considerando os conceitos e objetivos de cada indicador.

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

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

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

2. METAS QUALITATIVAS

Durante o mês em análise, a performance atingiu 76,00 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: Metas Qualitativas

Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
1	Taxa ocupação Pediátrica	≥ 80%	2	44,64%	0
2	Taxa de ocupação da Cirurgia	≥ 80%	2	81,04%	2
3	Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	2	70,73%	0
4	Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	2	71,22%	0
5	Taxa de ocupação do UCIN	≥ 80%	2	86,90%	2
6	Taxa de ocupação Internação Clínica Médica	≥ 80%	2	69,48%	0
7	Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	2	80,95%	2
8	Taxa de ocupação da UTI Pediátrica	≥ 85%	2	53,57%	0
9	Taxa de ocupação da Unidade Neonatal	≥ 85%	2	82,14%	0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
10	Manter a Média de Permanência da Pediatria	≤ 04 dias	2	1,76	2
11	Manter a Média de Permanência da Cirurgia cirúrgica	≤ 04 dias	3	1,89	3
12	Manter a Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia	≤ 04 dias	3	2,09	3
13	Manter a Média de Permanência da UCIN	≤ 04 dias	3	12,17	0
14	Manter a Média de Permanência da Clínica Médica	≤ 04 dias	3	2,83	3
15	Manter a Média de Permanência da UTI Adulto	≤ 7 dias	4	5,67	4
16	Manter a Média de Permanência da UTI Pediátrica ≤ 10 dias	≤ 10 dias	4	5,00	4
17	Manter a Média de Permanência na Unidade Neonatal	≤ 14 dias	4	11,50	4
18	Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados	$\leq 4\%$	2	3,18%	2



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
19	Proporção de partos vaginais	$\geq 65\%$	1,5	44,94%	0
20 a	Taxa de Mortalidade Não Institucional	Análise em PDCA	0,5	0,00%	0,5
20 b	Taxa de Mortalidade Institucional	Análise em PDCA	0,5	3,30%	0,5
20 c	Taxa de Mortalidade Materna/Infantil Institucional	Análise em PDCA	0,5	3,51%	0,5
20 d	Taxa de Mortalidade Cirúrgica	Análise em PDCA	0,5	0,45%	0,5
21	Taxa 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	97,94%	0,0
22	Tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco	≤ 8 minutos	0,5	00:02:28	0,5
23 a	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico - Risco Azul/Não Urgente	≤ 240 minutos	0,5	00:50:11	0,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
27	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Verde/ Pouco Urgente	≤ 120 minutos	0,5	00:35:44	0,5
28	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Amarelo/Urgente	≤ 60 minutos	0,5	00:31:46	0,5
29	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Laranja/ Muito Urgente	≤ 10 minutos	0,5	00:08:00	0,5
30	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Vermelho/ Emergência	Imediato	0,5	00:00:00	0,5
31	Tempo médio permanência no PS Geral < 12 horas	< 12 horas	1,5	05:30:00	1,5
32	Tempo médio permanência no PS Obstétrico 12 horas	< 12 horas	1,5	02:30:00	1,5
33	Tempo médio permanência no PA Infantil 12 horas	< 12 horas	1,5	05:01:00	1,5
34	Taxa Global de Infecção Hospitalar	≤ 2%	2	1,74%	2



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
35	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação	≤ 10	2	9,35	2
36	Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU)	≤ 1	2	7,46	0
37	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC)	≤ 10	2	17,75	0
38	Incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas	≤ 1	2	0,00%	2
39	Incidência de quedas de pacientes internados	≤ 1	2	0,00%	2
Q40	Incidência de Lesões de Pele (LP) em pacientes internados	≤ 5	2	0,00	2
41	Apresentar taxa de cumprimento do Checklist de Cirurgia Segura do protocolo de cirurgia segura	Cumprido = 1,00 Não Cumprido=0,0	1	94,08%	0
42	Disponibilizar 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial	100%	1	115,65%	1

Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
43	Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial	100%	1	78,26 %	0
44	Realizar 100% das confirmações de presença e falta dos pacientes eletivos agendados no Sistema de Informação utilizado pela SMSA	100%	1	76,32%	0
45	Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência	Cumprido = 1,00 Não Cumprido = 0,0	1	100,00%	1
46	Realizar altas referenciadas com agendamento de no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas UBS	≥ 70%	1	100,00%	1
47	Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% das puérperas e dos RN egressos nas Unidades de Saúde	100%	1,5	100,00%	1,5
48	Percentual de reinternações em até 30 dias inferior a 20%	≤ 20%	1,5	6,94%	1,5
49	Garantir 100% de aprovação das AIH's apresentada, referentes aos	100%	1,5	100,00%	1,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
	internamentos no mês subsequente à ocorrência				
50	Respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo	$\geq 80\%$	1	100,00%	1
51	Garantir a efetividade do Comitê de Avaliação de Prontuário do Paciente em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1
52	Garantir a efetividade da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1
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	Atende	1
54	Garantir a efetividade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
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	Não Atende	0
56	Garantir a efetividade da Comissão de padronização de medicação e novas Tecnologias em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1
57	Garantir a efetividade da Comissão de cuidados paliativos em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1
58	Garantir a efetividade do Comitê transfusional em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1
59	Garantir a efetividade da Comissão de proteção radiológica em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1
60	Garantir a efetividade da Comissão de humanização em	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1

Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
	conformidade com a Legislação vigente				
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	Atende	1
62	Garantir a efetividade do Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1
63	Garantir a efetividade do Núcleo de Educação Permanente em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1
64	Garantir a efetividade do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1
65	Garantir a efetividade do Serviço de Atendimento ao Usuário em	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Atende	1



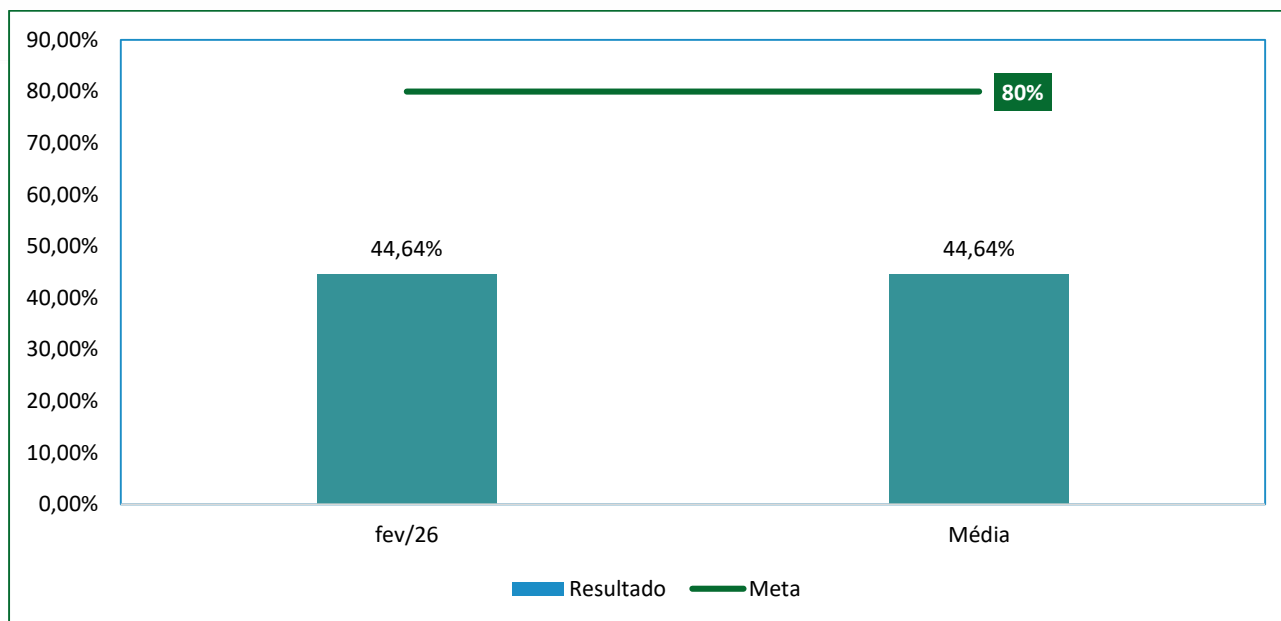
GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta	Pontuação Prevista	Resultado	Pontuação Alcançada
	conformidade com a Legislação vigente				
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	Atende	1
67	Manter Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente	≥75%	1	83,84%	1
68	Manter índice de Atualização Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%	60%	1	123,36%	1
TOTAL			100	RESULTADO	76,00

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026).

Gráfico 1: Taxa de Ocupação da Clínica Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês analisado de fevereiro de 2026, a Enfermaria Pediátrica do Hospital Municipal de Araucária apresentou uma taxa média de ocupação de 44,64%, considerando a capacidade instalada de 10 leitos operacionais. Em comparação ao mês anterior, janeiro de 2026, que registrou uma taxa média de 35,48%, observa-se uma tendência de elevação na ocupação, embora os resultados de ambos os períodos permaneçam significativamente abaixo da meta institucional mínima estabelecida de 80%. Esse cenário evidencia uma baixa utilização da capacidade instalada, configurando uma não conformidade em relação às metas de desempenho, porém justificada por fatores técnicos e sazonais.

Sob a ótica técnico-assistencial e epidemiológica, o desempenho observado é compatível com o padrão sazonal do período. Historicamente, os meses de verão apresentam redução na incidência e gravidade de quadros respiratórios pediátricos, que são os principais responsáveis pelo volume de internações na unidade. Tal comportamento é potencializado pelo período de férias escolares e pelas condições climáticas, fatores que impactam diretamente na diminuição da procura pelo Pronto Atendimento Infantil (PAI) e, por consequência, na menor necessidade de hospitalizações. Como a Enfermaria Pediátrica possui dependência predominante do fluxo oriundo do Pronto Atendimento Infantil, a redução de atendimentos de maior gravidade clínica repercute de forma direta na taxa de ocupação, sem que isso represente fragilidade assistencial ou falha de gestão.

Adicionalmente, verificou-se uma elevada frequência de internações com permanência inferior a 24 horas, tanto de natureza clínica quanto cirúrgica. Conforme a metodologia oficial de cálculo, essas internações não geram dia-leito contabilizável, produzindo um efeito matemático que subestima a real carga assistencial absorvida pela

unidade, embora representem um atendimento efetivo e resolutivo. Outro fator relevante refere-se às trocas de leito e reorganizações assistenciais internas para fins de isolamento e biossegurança. Tais movimentações, embora tecnicamente necessárias, podem acarretar perda de dias contabilizados no sistema, impactando negativamente o indicador sem caracterizar ociosidade.

Como aspecto positivo, destaca-se a atuação integrada com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e a busca ativa junto à Central de Leitos Municipal (CLM). No entanto, a baixa oferta de pacientes pediátricos no perfil da unidade e a impossibilidade de aceite de casos que demandam subespecialidades não disponíveis limitaram a ocupação. Em síntese, a não conformidade observada está associada a fatores epidemiológicos, metodológicos e ao perfil assistencial, não configurando falha de gestão. Ressalta-se, por fim, que casos de permanência superior a 24 horas que não foram computados devido a inconsistências de registro no sistema Tasy estão sendo tratados junto à Tecnologia da Informação para garantir a fidedignidade dos dados futuros.

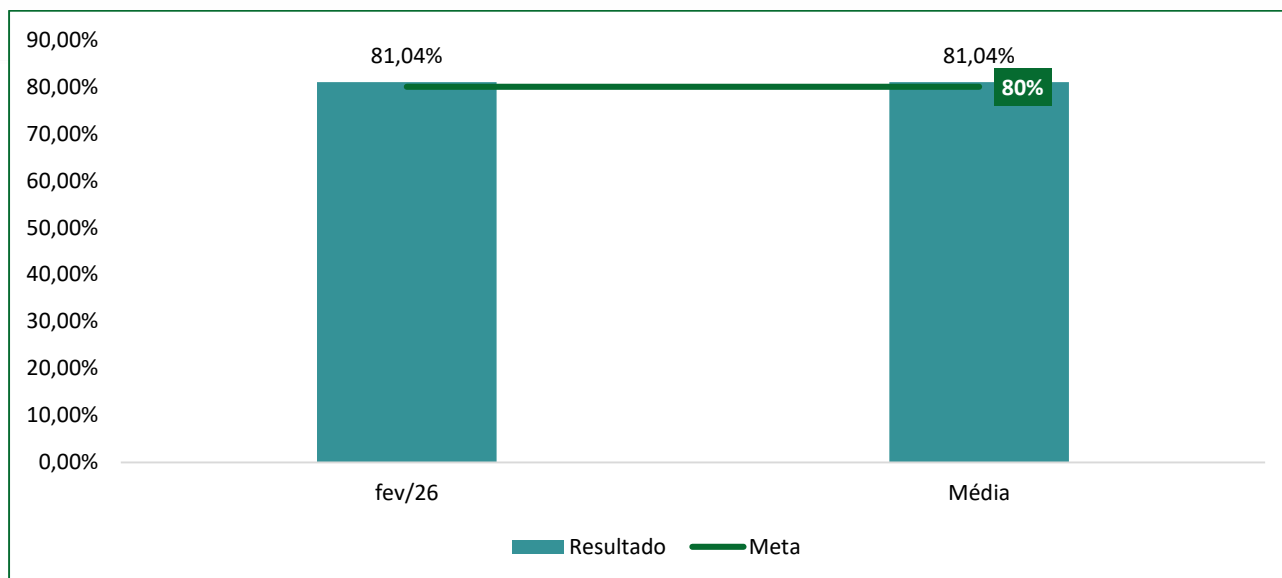
Essas ocorrências estão relacionadas à dinâmica operacional da unidade, visando melhor organização dos leitos e adequação ao perfil assistencial dos pacientes, não interferindo negativamente na qualidade do atendimento prestado.

Dessa forma, a taxa de ocupação reduzida no mês de janeiro reflete principalmente fatores sazonais e estruturais, como o período de férias escolares, condições climáticas e a limitação de aceites via Central de Leitos. A equipe segue atenta aos indicadores, mantendo a organização do fluxo assistencial e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes pediátricos internados.

Plano de Ação

Com o objetivo de aprimorar o monitoramento e a otimização da taxa de ocupação da Enfermaria Pediátrica, será implementado plano de ação estruturado contemplando estratégias assistenciais, operacionais e gerenciais. A ação tem como propósito principal fortalecer o acompanhamento dos registros assistenciais, qualificar a gestão de leitos e ampliar a resolutividade da unidade dentro do perfil assistencial institucional.

Gráfico 2: Taxa de ocupação da clínica cirúrgica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

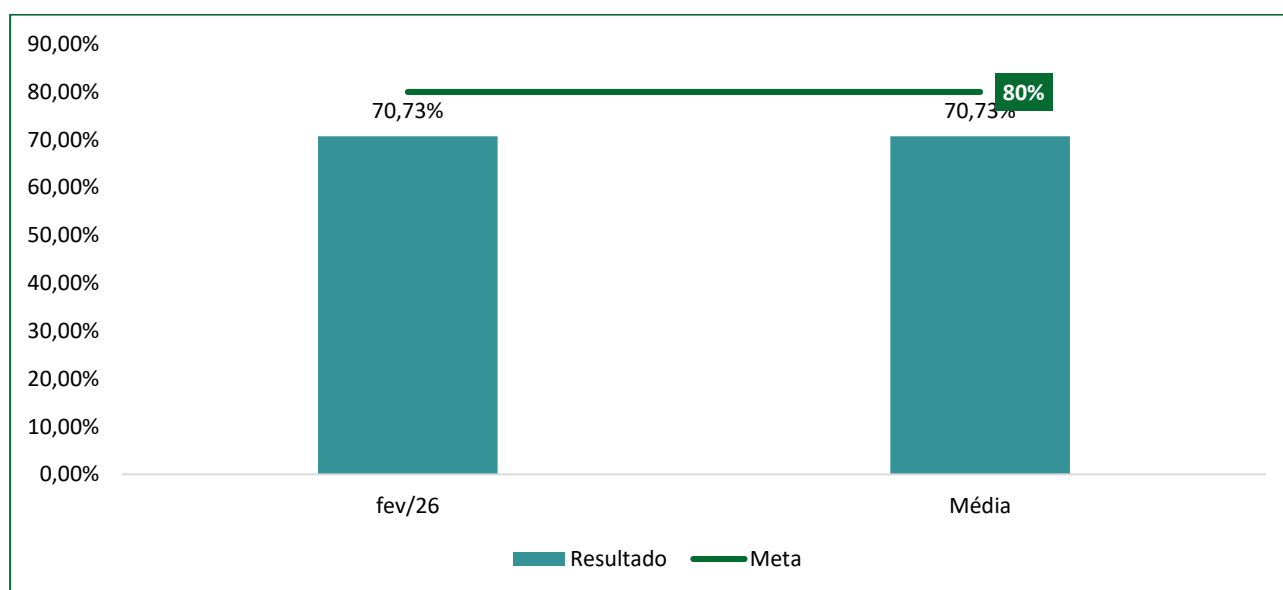
No período analisado, a Enfermaria Cirúrgica, composta por 13 leitos destinados predominantemente às especialidades de Ortopedia e Cirurgia Geral, apresentou uma taxa de ocupação de 81,04%. Observa-se que esse resultado, embora ligeiramente inferior aos 86,85% registrados no mês de janeiro, mantém-se em plena conformidade, superando a meta contratual mínima estabelecida de 80%. Esta variação de 5,81 pontos percentuais não representa um impacto negativo na performance do setor; ao contrário, indica estabilidade operacional e uma utilização equilibrada e segura da capacidade instalada.

O desempenho positivo e acima da meta é sustentado por processos organizacionais maduros, com destaque para o planejamento diário de leitos e a integração eficiente entre o fluxo de internações eletivas e de urgência. A atuação articulada junto ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) tem sido um fator determinante para a estabilidade do indicador, garantindo que a gestão do tempo de permanência seja otimizada e que permanências prolongadas evitáveis sejam mitigadas. Como ponto de destaque da unidade, ressalta-se o elevado engajamento da equipe multiprofissional na identificação precoce de pacientes elegíveis para alta, o que favorece o giro de leitos e a fluidez assistencial sem comprometer a segurança ou a qualidade do cuidado prestado.

Para garantir a manutenção das metas nos meses subsequentes, a unidade mantém o monitoramento sistemático e a análise crítica periódica dos fatores que influenciam a ocupação hospitalar. Este foco na gestão orientada por dados permite identificar antecipadamente oscilações na demanda, prevenindo riscos de subutilização ou sobrecarga. Como estratégias práticas para sustentar esse desempenho, a unidade mantém o rigoroso uso do checklist de alta e a revisão diária de casos com permanência

prolongada, além de monitorar as internações de zero dias para o refinamento da qualificação do indicador assistencial. Adicionalmente, busca-se a redução contínua do tempo entre a emissão da Autorização de Internação Hospitalar AIH e a efetiva alocação em leito cirúrgico, contando com o suporte de reuniões multidisciplinares periódicas voltadas à discussão de casos de maior permanência. Em suma, o resultado reflete a robustez dos processos gerenciais e o comprometimento das equipes, assegurando o equilíbrio entre eficiência operacional, previsibilidade institucional e o acesso oportuno dos pacientes ao tratamento necessário.

Gráfico 3: Taxa de Ocupação da Internação Geral



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de fevereiro, a taxa de ocupação geral da unidade foi de 70,73%, resultado inferior ao parâmetro mínimo de 80% estabelecido contratualmente, caracterizando o não atingimento do indicador pactuado. Ao realizar a comparação com o mês anterior, observa-se que em janeiro a taxa de ocupação foi de 72,97%, evidenciando uma redução de 2,24 pontos percentuais no período analisado.

A análise do desempenho do indicador demonstra que o resultado apresentado não está relacionado a fragilidades no processo assistencial ou à redução da capacidade operacional da unidade, mas sim a fatores assistenciais, epidemiológicos e operacionais que influenciam diretamente a dinâmica de ocupação hospitalar. Entre os aspectos que podem ter contribuído para o comportamento do indicador, destacam-se variações no perfil epidemiológico da população atendida, com possível redução na demanda por internações no período, oscilações sazonais na procura por atendimento hospitalar, bem como características relacionadas ao perfil clínico dos pacientes atendidos, que podem demandar menor necessidade de hospitalização ou apresentar maior resolutividade em nível

ambulatorial. Além disso, o fluxo de encaminhamento e regulação de pacientes na rede de atenção à saúde também exerce influência direta sobre a ocupação dos leitos hospitalares, uma vez que depende da organização da rede assistencial e da demanda regulada para a unidade. Ressalta-se que, durante o período analisado, não foram identificadas intercorrências estruturais, assistenciais ou operacionais que tenham impactado negativamente a oferta de leitos ou a capacidade de atendimento da unidade, mantendo-se a regularidade da assistência prestada.

Na Clínica Médica, o indicador ficou abaixo da meta principalmente devido ao perfil das internações registradas no período. Observou-se número significativo de pacientes de curta permanência, com alta em menos de 24 horas, muitos provenientes da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e já clinicamente compensados. Essa característica reduz o número de diárias contabilizadas e impacta diretamente na taxa de ocupação, ainda que represente adequada resolutividade assistencial e manejo clínico eficiente dos casos atendidos.

Na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, o indicador manteve-se próximo ao limite da meta em fevereiro de 2026 em razão do bloqueio gradual de leitos a partir de 22 de fevereiro, necessário para a realização de reforma no telhado da unidade. Essa intervenção reduziu temporariamente a capacidade operacional da Unidade de Terapia Intensiva, exigindo a transferência de pacientes para seis leitos adaptados no Pronto-Socorro, o que impactou diretamente a taxa de ocupação do setor. Dessa forma, a redução observada em relação ao mês de janeiro não ocorreu por baixa demanda assistencial, mas sim por adequação estrutural e garantia de segurança durante a execução das obras, mantendo-se ainda assim o funcionamento assistencial da unidade. Destaca-se, ainda, que o setor recebeu pacientes de maior complexidade e com maior tempo de permanência, fator que reduz a rotatividade dos leitos e também influencia o resultado final do indicador.

Na Clínica Obstétrica, a taxa de ocupação foi influenciada pela elevada rotatividade dos leitos, em consonância com a política institucional de alta hospitalar em até 48 horas para puérperas sem intercorrências, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. Adicionalmente, observou-se redução no número de partos realizados no período, com registro de 100 partos, abaixo da média histórica da unidade, que varia entre 120 e 140 partos mensais, impactando diretamente a ocupação do setor. Nos casos de abortamento, a permanência hospitalar limitada a até 24 horas também contribuiu para a menor taxa de ocupação, sem prejuízo assistencial, uma vez que tais condutas estão alinhadas aos protocolos clínicos vigentes.

Em relação à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, a taxa de ocupação registrada, de aproximadamente 53,57%, está relacionada predominantemente ao perfil epidemiológico do município, marcado por maior incidência de atendimentos pediátricos de baixa gravidade, que não demandam cuidados intensivos. Soma-se a esse fator a influência

sazonal, com menor ocorrência de doenças respiratórias nos períodos mais quentes do ano, principais causas de internação em terapia intensiva pediátrica. Ademais, a ausência de determinadas subespecialidades pediátricas e de exames específicos limita a permanência de casos de maior complexidade, que necessitam de transferência para unidades de referência.

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a taxa de ocupação foi de 82,14%, sendo impactada pelo aumento de internações de curta duração, muitas com tempo de permanência entre 3 e 6 dias, associadas à boa evolução clínica dos recém-nascidos, o que possibilitou altas precoces e seguras. Embora esse perfil influencie o indicador de ocupação, evidencia desempenho assistencial positivo, com elevada resolutividade clínica e qualidade do cuidado prestado.

Como pontos positivos, destacam-se a gestão eficiente dos leitos, a elevada resolutividade assistencial, o cumprimento rigoroso dos protocolos institucionais, a atuação integrada das equipes multiprofissionais e o alinhamento permanente com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e a Central de Leitos, assegurando fluidez nos fluxos de internação, alta e transferência, sempre com foco na segurança do paciente e na qualidade da assistência prestada.

Plano de Ação

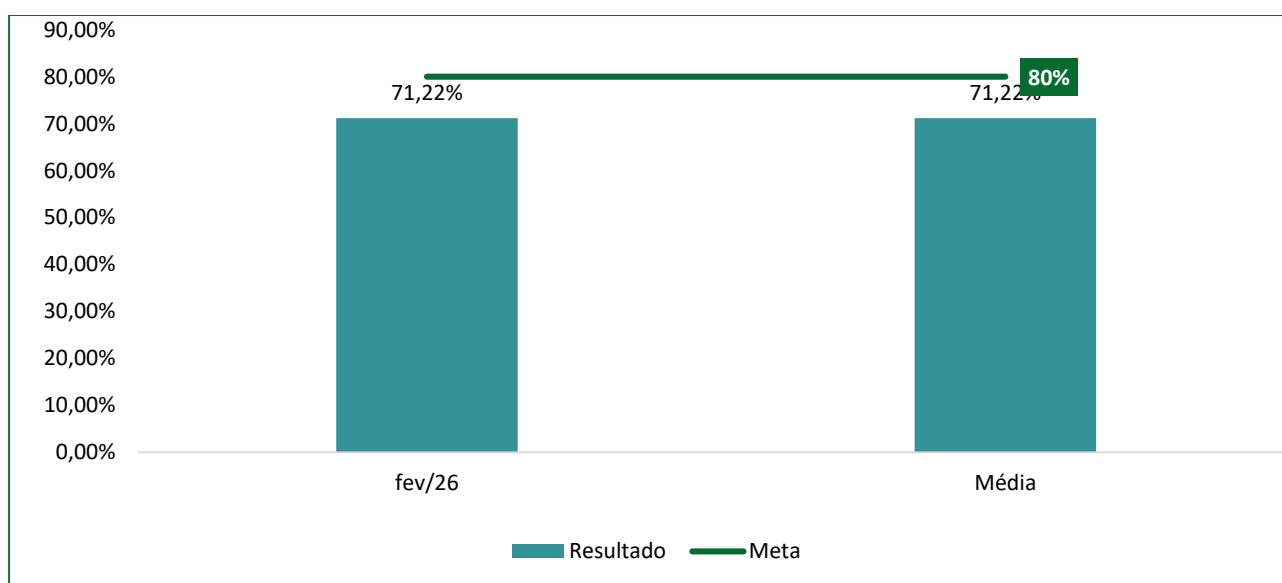
Como plano de ação para melhoria e monitoramento da taxa de ocupação hospitalar, será realizada, ao longo dos próximos meses, a intensificação do acompanhamento sistemático da utilização dos leitos pela equipe assistencial e pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), com o objetivo de identificar precocemente variações no perfil de internação e possíveis oportunidades de otimização do fluxo assistencial. A ação será conduzida pela gestão assistencial, coordenações médicas e de enfermagem, em conjunto com o Interno de Regulação, dentro da própria unidade hospitalar, por meio da análise periódica dos indicadores de ocupação, permanência e rotatividade dos leitos. O principal motivo dessa estratégia é garantir maior eficiência na gestão de leitos, melhorar o alinhamento entre a demanda assistencial e a capacidade instalada e favorecer o alcance dos parâmetros contratualmente estabelecidos.

Nesse contexto, serão realizadas reuniões periódicas de análise crítica dos indicadores com as lideranças assistenciais, visando discutir o comportamento da taxa de ocupação, avaliar o perfil das internações e definir estratégias de melhoria do fluxo de pacientes entre pronto atendimento, unidades de internação e terapia intensiva. Paralelamente, será reforçada a articulação com a Central de Regulação e com os serviços da rede de atenção à saúde, buscando otimizar os encaminhamentos e garantir melhor aproveitamento dos leitos disponíveis. As ações ocorrerão de forma contínua, com monitoramento mensal dos resultados obtidos, utilizando-se como principais ferramentas a

análise de indicadores assistenciais, relatórios de ocupação de leitos, acompanhamento do tempo médio de permanência e avaliação do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos.

Adicionalmente, serão mantidas estratégias de gestão voltadas à segurança do paciente e à qualidade assistencial, assegurando que as medidas adotadas para melhoria do indicador não comprometam a adequada condução clínica, o cumprimento dos protocolos institucionais e as boas práticas assistenciais. Dessa forma, espera-se promover maior equilíbrio entre a oferta de leitos e a demanda assistencial, aprimorar a gestão do fluxo hospitalar e contribuir para o alcance progressivo das metas institucionais estabelecidas.

Gráfico 4: Taxa de Ocupação da Ginecologia/Obstetrícia



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período de fevereiro de 2026, a Clínica Obstétrica registrou uma taxa de ocupação de 71,22%, apresentando uma performance que, embora situada discretamente abaixo do parâmetro de referência institucional (>80%), demonstra uma trajetória de crescimento consistente. Ao comparar com os meses anteriores, observa-se uma evolução positiva: a unidade saiu de 65,09% em dezembro para 68,88% em janeiro, alcançando agora o patamar de 71,22%. Esse incremento gradual reflete o fortalecimento da unidade como referência e a eficiência na captação e regulação de pacientes via Central de Leitos Municipal (CLM). Durante o mês, foram contabilizadas 176 internações, 339 pacientes-dia e 162 altas, operando com uma média de permanência de 2,09 dias sobre a capacidade instalada de 17 leitos.

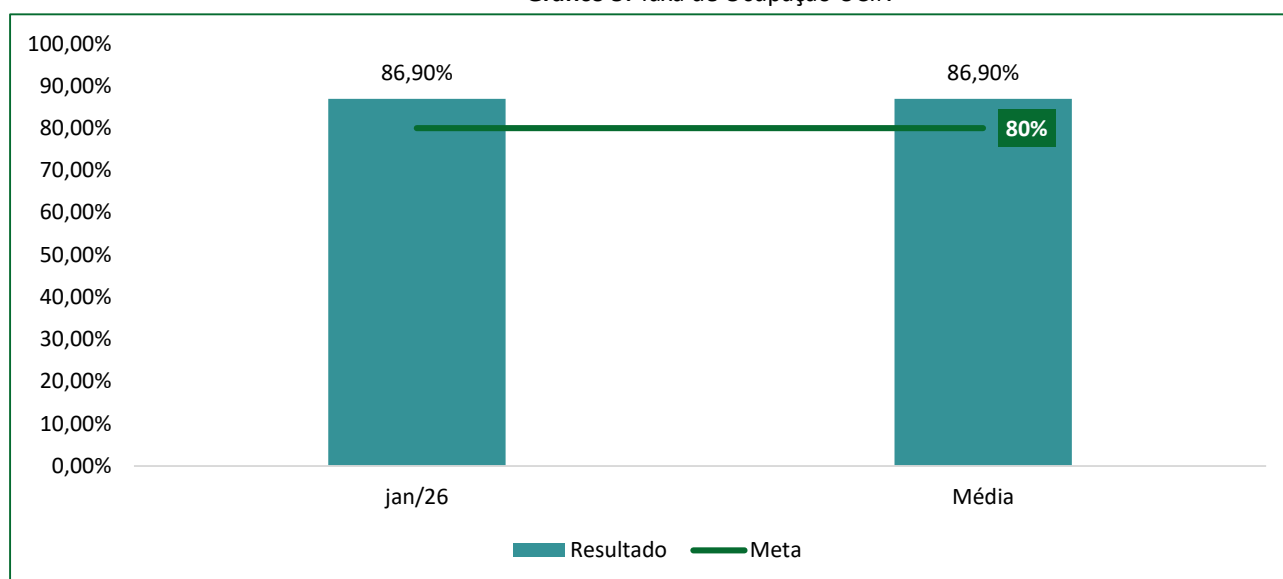
A justificativa técnica para o indicador situar-se abaixo dos 80% reside na própria natureza da assistência obstétrica de baixo risco. A unidade opera sob diretrizes do Ministério da Saúde que preconizam a alta precoce segura (entre 24h e 48h pós-parto) e

gerencia um volume significativo de internações de curta duração, como casos de abortamento e observação clínica. Essa dinâmica resulta em uma elevada rotatividade de leitos, onde a agilidade na desospitalização reduz o percentual médio de ocupação diária, mas eleva a capacidade de absorção de novas demandas. Portanto, o resultado de 71,22% não sinaliza subutilização da estrutura, mas sim uma gestão eficiente que evita a superlotação e garante a pronta disponibilidade de leitos para urgências obstétricas, preservando a segurança materno-fetal.

Como pontos positivos, destaca-se a atuação integrada entre a coordenação médica, a equipe multiprofissional e o Núcleo Interno de Regulação (NIR). O monitoramento diário da disponibilidade e a aplicação rigorosa dos protocolos assistenciais permitiram que 162 pacientes recebessem alta com desfechos favoráveis no tempo oportuno. A fluidez entre admissões e altas evidencia uma unidade organizada, com processos de trabalho maduros e foco na utilização racional dos recursos hospitalares. A ausência de retenção indevida de pacientes contribui diretamente para a mitigação de riscos hospitalares e para a satisfação das usuárias do serviço.

Para garantir a sustentabilidade e a evolução do indicador, a unidade mantém estratégias contínuas de monitoramento mensal da taxa de ocupação em conjunto com o volume de partos. Seguem em execução as reuniões periódicas para discussão dos indicadores com as equipes assistenciais e o alinhamento constante com a Central de Leitos para avaliar variações sazonais de demanda. O foco permanece na manutenção deste equilíbrio operacional: garantir que a ocupação reflita a real necessidade da população atendida, mantendo sempre a margem de segurança necessária para o pronto atendimento das gestantes da região, consolidando a eficiência e a resolutividade da Clínica Obstétrica.

Gráfico 5: Taxa de Ocupação UCIN



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de fevereiro de 2026, a Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais registraram um total de 9 internações, abrangendo recém-nascidos com variados graus de prematuridade e complexidade clínica. A taxa média de ocupação no período foi de 86,90%, o que representa um salto expressivo em comparação ao mês de janeiro (37,63%). Este resultado coloca o indicador em conformidade com a meta institucional de manter a ocupação em patamares iguais ou superiores a 80%, demonstrando uma utilização otimizada da capacidade instalada e uma resposta eficiente à demanda assistencial do período.

Pontos Positivos e Desempenho da Equipe O expressivo aumento na taxa de ocupação evidencia a robustez do fluxo de internação e a confiança na assistência prestada pela equipe multiprofissional. Destaca-se como ponto positivo a capacidade de absorção de casos de diferentes complexidades, garantindo o suporte necessário aos recém-nascidos sem comprometer a segurança do paciente. A agilidade da equipe na gestão dos leitos e o cuidado humanizado foram fundamentais para manter a fluidez do setor, mesmo diante de um volume assistencial significativamente maior do que o registrado no mês anterior.

Ações para Manutenção do Indicador Para assegurar que o indicador permaneça atingindo a meta, a unidade tem intensificado as seguintes ações:

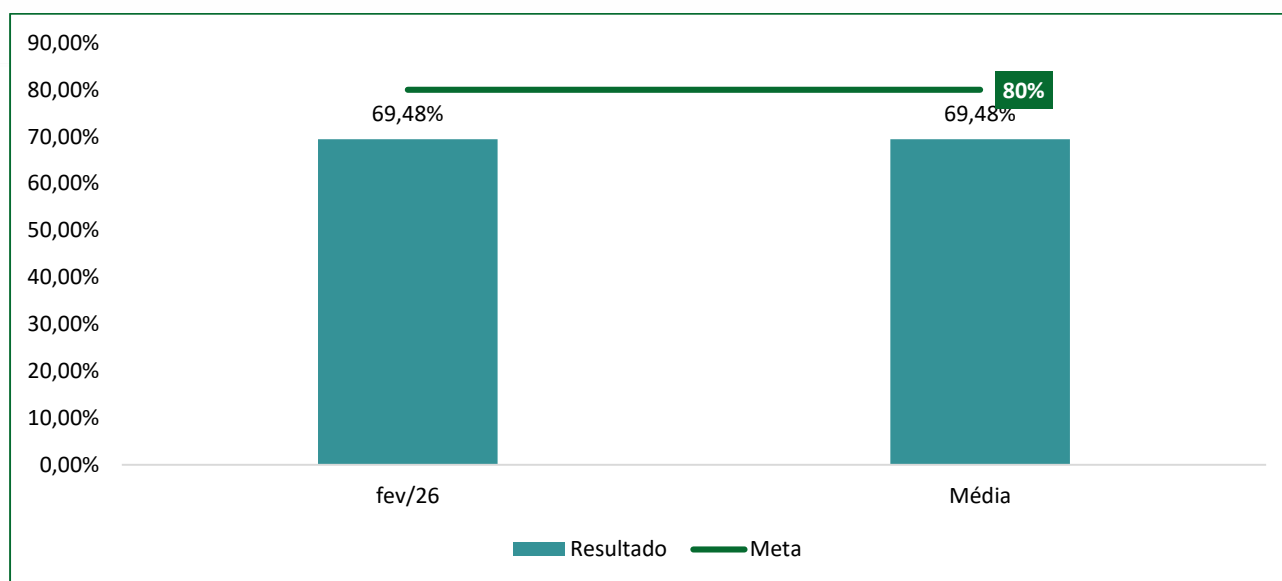
Monitoramento Diário do Censo: Discussões em conjunto com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) para previsão de altas e novas admissões.

Gestão de Perfil Epidemiológico: Acompanhamento rigoroso das gestantes de alto risco no pré-natal da rede para antecipar possíveis demandas de leitos neonatais.

Educação Continuada: Treinamentos focados na otimização dos processos assistenciais para garantir que o giro de leito ocorra de forma segura e resolutiva.

Comparativo e Conclusão A comparação entre os meses revela uma nítida tendência de elevação na taxa de ocupação. Enquanto janeiro apresentou uma ociosidade atípica (37,63%), o mês de fevereiro consolidou o perfil da unidade como um suporte essencial para a rede municipal, atingindo 86,90%. Essa variação é compreendida dentro do perfil epidemiológico dos nascimentos e reforça que a unidade está operando em sua plena capacidade técnica, mantendo a qualidade e a previsibilidade operacional esperada pela instituição.

Gráfico 6: Taxa de Ocupação da Clínica Médica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de fevereiro de 2026, a Enfermaria de Clínica Médica registrou um total de 151 saídas hospitalares, resultando em uma taxa de ocupação de 69,48%. Em comparação ao mês de janeiro, que apresentou uma taxa de 81,75%, observa-se uma redução no indicador, posicionando-o abaixo da meta institucional pactuada de 80%. Tal resultado caracteriza uma não conformidade no período analisado, embora o desempenho reflita a manutenção de um fluxo assistencial ativo e uma gestão de leitos progressivamente equilibrada.

A análise técnico-assistencial evidencia que o resultado obtido é reflexo de uma articulação robusta entre a equipe assistencial e o Núcleo Interno de Regulação (NIR), especialmente na captação de pacientes oriundos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). No entanto, o não atingimento da meta quantitativa é justificado, em grande parte, pelo perfil de internações de curtíssima permanência. Identificou-se um volume significativo de pacientes de baixa complexidade que receberam alta em menos de 24 horas. Esses casos, frequentemente manejados previamente na Observação do Pronto Socorro, chegam à enfermaria clinicamente compensados, gerando um atendimento efetivo que, por razões metodológicas de cálculo de diárias, não é integralmente contabilizado na taxa de ocupação estatística.

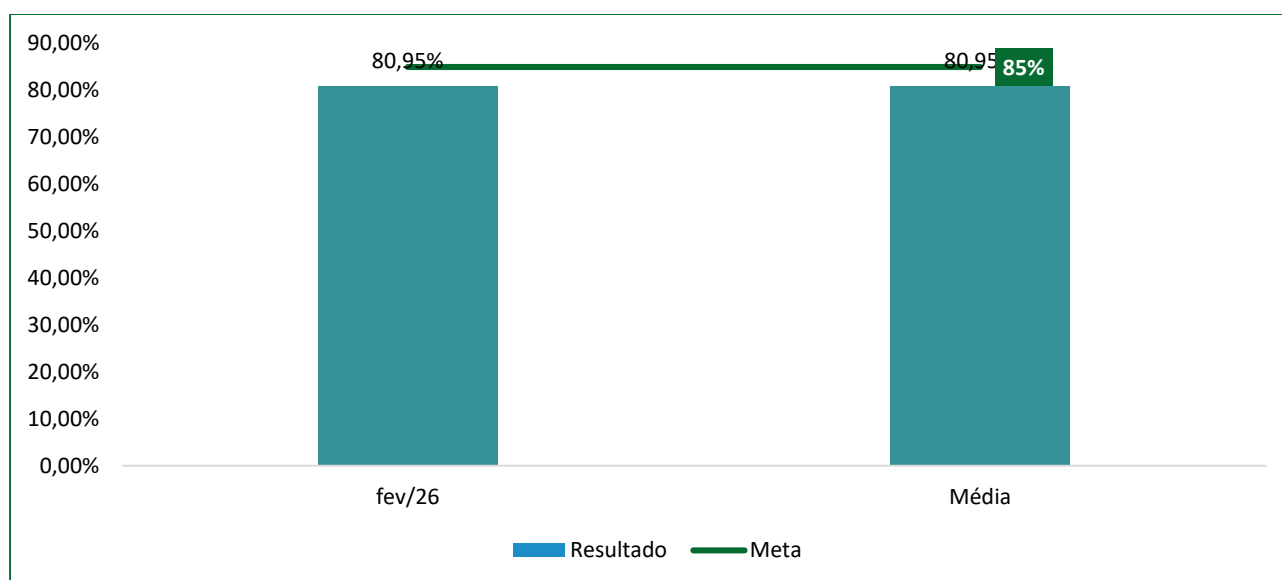
Por outro lado, a unidade também absorveu pacientes de longa permanência e maior complexidade clínica, o que naturalmente reduz a rotatividade dos leitos e impacta o giro assistencial. Como pontos positivos, destaca-se o fortalecimento da integração entre os pontos de entrada e a enfermaria, visando a redução de períodos de ociosidade e o melhor aproveitamento da capacidade instalada. Em síntese, os resultados de fevereiro demonstram um equilíbrio assistencial satisfatório, embora persistam desafios relacionados

à qualificação das admissões e ao impacto do perfil clínico na métrica final. Para os próximos períodos, as estratégias focarão no refinamento do fluxo de internação e na acurácia dos registros, buscando consolidar resultados sustentáveis e compatíveis com a real complexidade do cuidado hospitalar prestado.

Plano de ação

Será feito é a implementação de um programa de monitoramento de registros e revisão de metas sazonais, com o objetivo de garantir a fidedignidade dos dados estatísticos no Sistema Tasy e alinhar as metas institucionais à realidade epidemiológica da região. As ações ocorrerão em todas as unidades de internação, com início imediato e cronograma de revisão mensal. A responsabilidade pela execução técnica será dos Gestores de Unidade e do Núcleo Interno de Regulação (NIR), com suporte da Tecnologia da Informação e Direção Técnica. O método de execução consistirá na realização de auditorias diárias nos prontuários com permanência inferior a 24 horas para validar o registro de "dia-leito", somado à elaboração de um relatório de sazonalidade para repactuação das metas nos períodos de baixa demanda (novembro a fevereiro). Quanto ao investimento, o plano será executado com recursos próprios e horas técnicas já contratadas, sem necessidade de aporte financeiro extra. O indicador de sucesso será medido pela quantidade de falhas de registro zeradas e pelo alcance de, no mínimo, 95% de acurácia entre a ocupação física observada e a ocupação estatística gerada pelo sistema.

Gráfico 7: Taxa de Ocupação da UTI Adulto



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

A análise detalhada do desempenho da Unidade de Terapia Intensiva Adulto no mês de fevereiro de 2026 demonstra que a unidade atingiu uma taxa de ocupação de

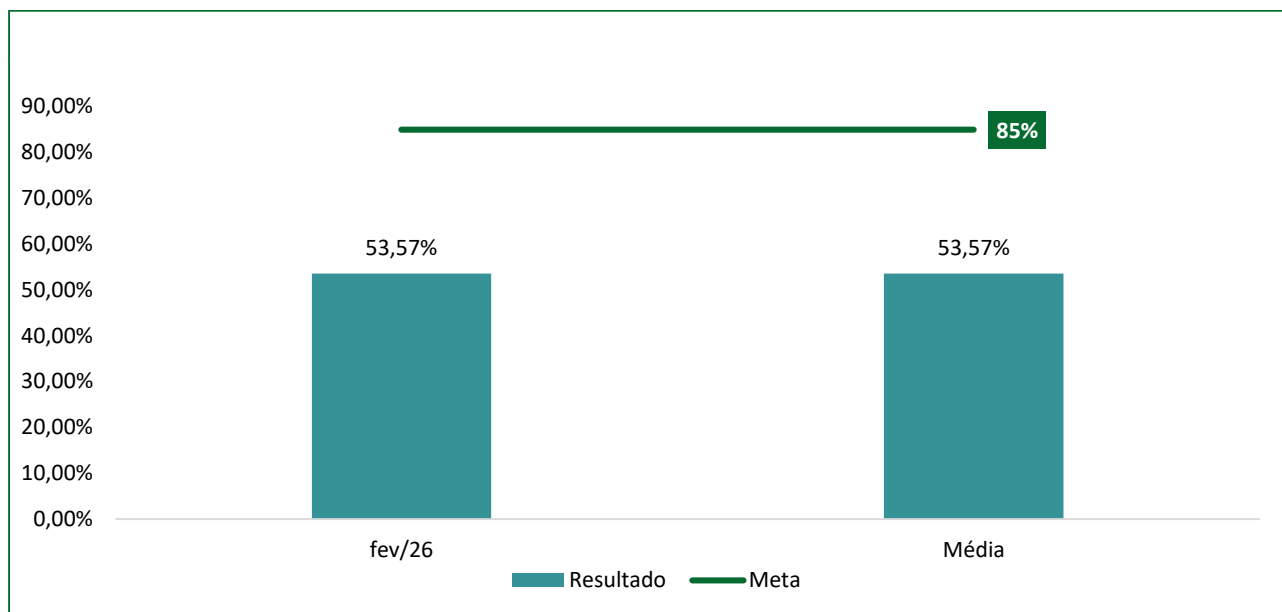
80,95%, mantendo-se dentro do limite da meta institucional estabelecida em 80%. Durante o período avaliado, foram registrados 37 pacientes internados e 36 saídas hospitalares. Comparativamente ao mês de janeiro de 2026, quando a taxa de ocupação atingiu 94,62% (superando o mínimo contratual de 90%), observa-se uma redução quantitativa no indicador. No entanto, é fundamental ressaltar que tal oscilação não decorre de ociosidade assistencial, mas sim de uma necessidade estrutural crítica: o bloqueio gradual de leitos iniciado em 22/02 para a reforma do telhado da unidade. Esta intervenção exigiu a transferência temporária de pacientes para seis leitos adaptados no Pronto-Socorro, visando garantir a segurança dos usuários e a integridade da assistência durante a execução das obras.

Como pontos positivos, destaca-se a agilidade das equipes assistenciais e de engenharia na execução do plano de contingência, permitindo a continuidade do cuidado mesmo diante da redução operacional temporária. O resultado de fevereiro, embora mais próximo ao limite da meta, reafirma a capacidade de adaptação da unidade a situações emergenciais de infraestrutura sem comprometer os indicadores de conformidade institucional.

Plano de ação

Para garantir que o indicador permaneça sendo atingido e retorne aos patamares de excelência anteriores, a unidade mantém o monitoramento sistemático da ocupação e o acompanhamento rigoroso do cronograma de obras para a reativação plena dos leitos. As estratégias de gestão orientada por dados permitem a identificação antecipada de gargalos, prevenindo sobrecargas nos leitos adaptados. Adicionalmente, permanecem ativos o checklist de alta, a revisão diária de casos de permanência prolongada e o monitoramento de internações de zero dias. Estas ações, somadas às reuniões multidisciplinares periódicas, asseguram o equilíbrio necessário entre a eficiência operacional, a segurança estrutural e o acesso oportuno dos pacientes ao tratamento intensivo.

Gráfico 8: Taxa de Ocupação da UTI Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

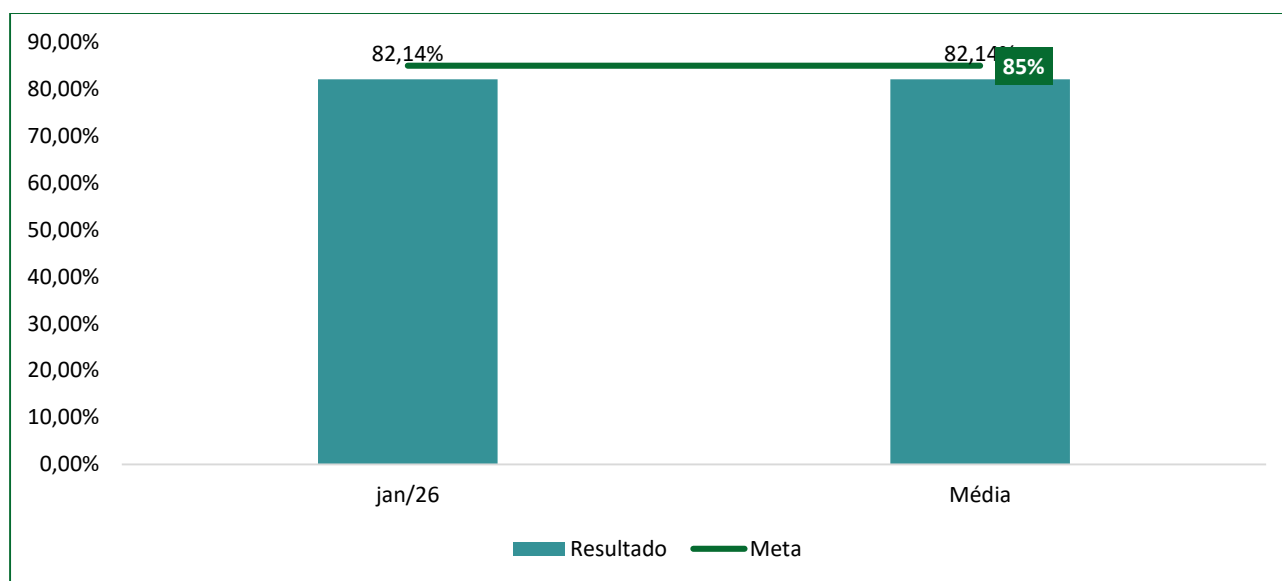
No mês de fevereiro de 2026, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), composta por 3 (três) leitos ativos, apresentou uma taxa de ocupação de 53,57%. Embora o resultado represente uma elevação em comparação ao mês de janeiro (48,39%), ele permanece abaixo da meta contratual pactuada de 80%, caracterizando uma não conformidade sob a ótica estatística. Contudo, este desempenho deve ser analisado de forma contextualizada, considerando o perfil assistencial da unidade e a organização da rede de atenção à saúde. A demanda por internação intensiva nesta unidade está diretamente ligada à gravidade dos casos atendidos no Pronto Atendimento Infantil (PAI), onde se observou, no período, um predomínio de atendimentos classificados como de baixa complexidade (risco verde e azul), os quais não demandam suporte intensivo.

Adicionalmente, a sazonalidade climática e o período de férias escolares contribuem para a redução estrutural de agravos respiratórios, principal causa de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. Em estrita conformidade com os princípios de segurança do paciente e fluxos regulatórios, casos que exigem subespecialidades ou maior densidade tecnológica são referenciados para unidades de maior porte, impactando a taxa de ocupação local. Portanto, a oscilação do indicador não decorre de falhas operacionais, mas reflete a dinâmica sazonal e o papel estratégico do hospital no fluxo municipal. Ressalta-se, por fim, que a natureza mista da unidade exige que leitos sejam frequentemente destinados ao alto risco neonatal para suprir demandas da neonatologia, o que os torna temporariamente indisponíveis para a pediatria e contribui para a redução nominal do indicador específico do setor.

Plano de Ação

O que será realizado é o monitoramento integrado da ocupação mista (Pediatria e Neonatologia) e a revisão das justificativas de ocupação cruzada, com o objetivo de demonstrar a utilização real dos leitos para a contratualização. As ações ocorrerão nas Unidades de Cuidados Críticos, com periodicidade mensal sob a responsabilidade da Coordenação de Enfermagem e do Núcleo Interno de Regulação (NIR). O método consistirá no registro formal de todos os períodos em que leitos pediátricos foram ocupados por recém-nascidos, além da emissão de relatórios sazonais que comprovem a queda na demanda do Pronto Atendimento Infantil. Quanto ao investimento o plano será executado sem custos adicionais, utilizando a estrutura administrativa atual. O sucesso será medido pela quantidade de 100% das negativas de vagas ou ociosidades devidamente fundamentadas tecnicamente para os órgãos reguladores.

Gráfico 9: Taxa de ocupação da Unidade Neonatal



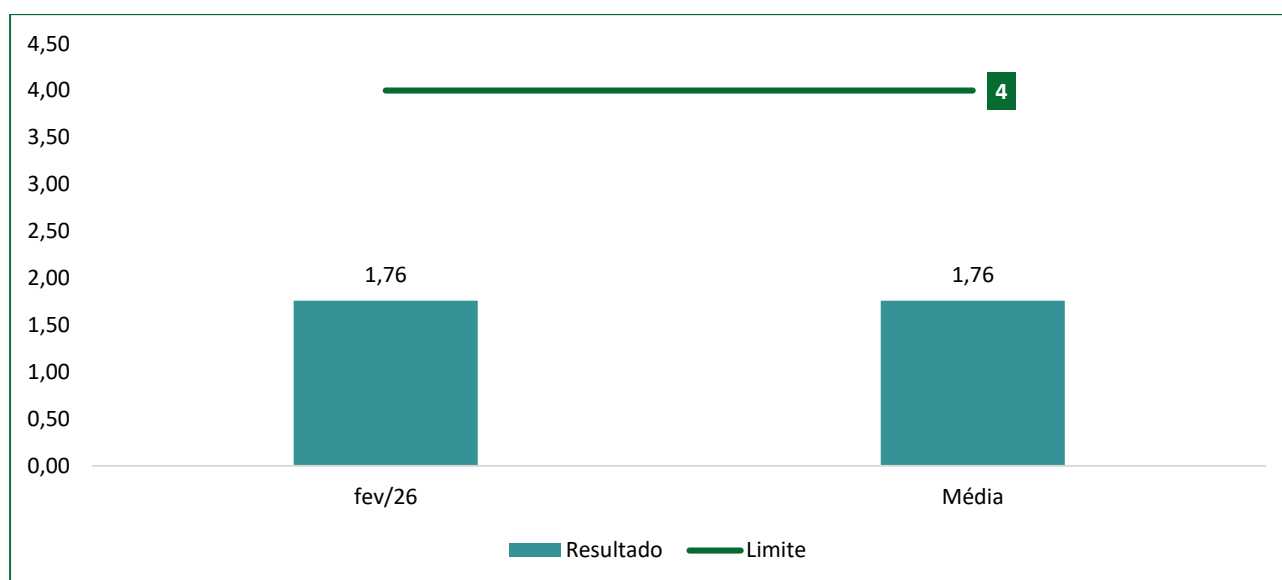
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período analisado, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal registrou uma taxa de ocupação de 82,14%, apresentando uma oscilação compreensível em relação ao mês de janeiro, que atingiu 85,16%. Embora o resultado numérico tenha se situado ligeiramente abaixo da meta contratual de 85%, a análise qualitativa dos 115 pacientes-dia demonstra que a unidade operou em regime de alta resolutividade e plena disponibilidade. O principal fator para essa variação foi o perfil clínico favorável de parte dos recém-nascidos, cujas internações breves (entre 5 e 8 dias) permitiram estabilização rápida e alta precoce. Este cenário, embora reduza o volume acumulado de pacientes-dia, deve ser interpretado como um ponto positivo da assistência, evidenciando a eficácia dos protocolos terapêuticos e a segurança na desospitalização.

É importante destacar que a unidade mantém um gerenciamento rigoroso dos casos de longa permanência inerentes à prematuridade extrema. Exemplos disso são os RNs de A.G.Z (28 semanas) e L.C.M (29 semanas), que demandaram períodos superiores a 14 dias devido à necessidade de atingir idade gestacional corrigida, peso mínimo e maturidade fisiológica para o desmame de oxigênio e início de dieta oral. Mesmo com o suporte a esses casos complexos, a agilidade no giro dos demais leitos reforça a competência técnica das equipes médica e de enfermagem em promover recuperações aceleradas. Além disso, a unidade manteve sua responsabilidade social e contratual ao disponibilizar regularmente as vagas remanescentes à Central de Regulação de Leitos, garantindo que a capacidade instalada estivesse à disposição da rede de saúde sem restrições.

Para assegurar que o indicador retorne aos patamares esperados e mantenha sua conformidade assistencial, a coordenação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal mantém o monitoramento em tempo real do Censo Hospitalar e a comunicação ininterrupta com a regulação estadual/municipal. O foco permanece na otimização dos recursos assistenciais, garantindo que a alta performance clínica observada este mês continue sendo o pilar da unidade. A estratégia para os próximos períodos envolve a manutenção da prontidão operacional e o refinamento dos processos de cuidado neonatal, assegurando que a flutuação da taxa de ocupação decorrente da melhoria do perfil clínico dos pacientes seja sempre acompanhada pela garantia de acesso e pela excelência no atendimento ao recém-nascido de alto risco.

Gráfico 10: Média de Permanência da Clínica Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

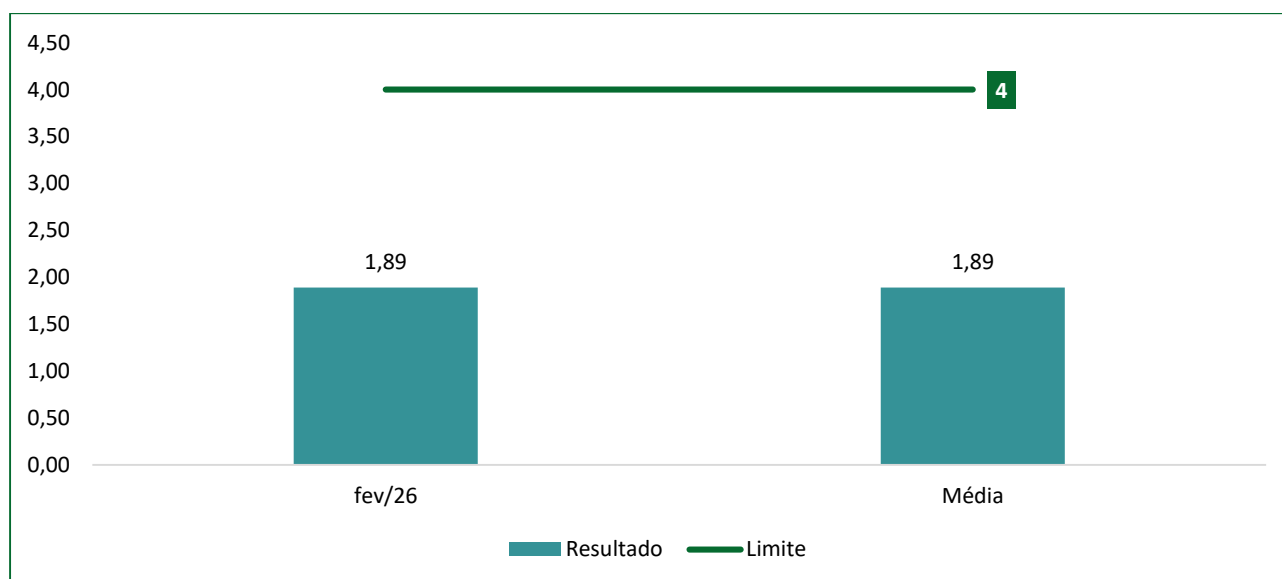
No período analisado, a média de permanência da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foi de 1,76 dias, resultado que se mantém abaixo do limite institucional

estabelecido, configurando um desempenho conforme e positivo. Em comparação ao período anterior, no qual a média registrada foi de 1,86 dias, observa-se uma redução sutil (melhoria da eficiência), mantendo o indicador em patamar adequado e estritamente compatível com o perfil assistencial de média e alta complexidade da unidade.

O desempenho observado é um reflexo direto da eficiência assistencial e da elevada resolutividade clínica do serviço. A unidade tem demonstrado um uso racional dos leitos, garantindo que o tempo de internação seja proporcional à gravidade dos recém-nascidos, sem qualquer prejuízo à segurança do cuidado. Como pontos positivos, destacam-se a adoção de condutas médicas assertivas e a atuação integrada da equipe multiprofissional, que asseguram desfechos clínicos favoráveis mesmo em cenários de alta criticidade. A agilidade nos fluxos de alta hospitalar oportuna e a organização minuciosa do cuidado contribuem para evitar hospitalizações prolongadas desnecessárias, fortalecendo a sustentabilidade operacional do setor.

Para garantir que o indicador permaneça dentro dos parâmetros esperados, a unidade mantém o monitoramento contínuo da média de permanência em articulação constante com o Núcleo Interno de Regulação (NIR). Estão sendo realizados alinhamentos permanentes entre as equipes para otimizar os fluxos de desospitalização segura. Além disso, dedica-se atenção especial às internações com permanência inferior a 24 horas e às movimentações internas de leitos, garantindo que a interpretação dos dados estatísticos reflita com precisão a carga assistencial e a excelência operacional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Gráfico 11: Média de Permanência da Clínica Cirúrgica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

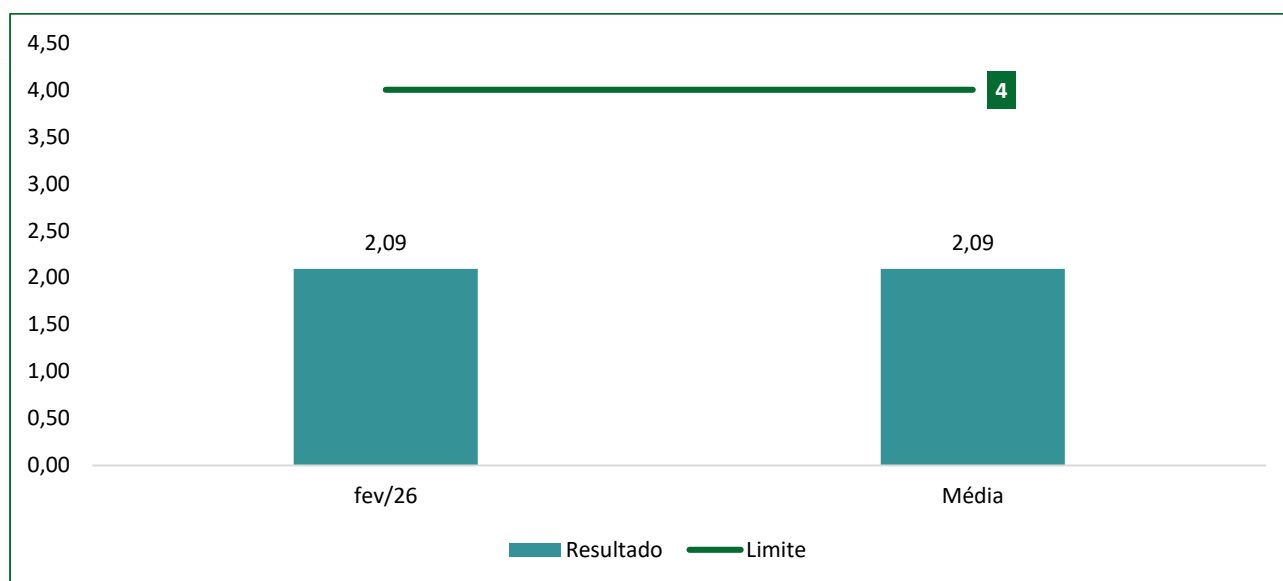
No período analisado, a Clínica Cirúrgica apresentou uma média de permanência de 1,89 dias, resultado que demonstra plena conformidade com as diretrizes institucionais ao situar-se significativamente abaixo do limite máximo de 4 dias. O desempenho é sustentado por um volume de 295 pacientes-dia e 156 saídas, dados que ratificam a fluidez assistencial da unidade, a adequada rotatividade de leitos e a utilização eficiente da capacidade instalada, sem qualquer indício de retenção indevida.

Em uma perspectiva comparativa, observa-se uma melhora no desempenho em relação ao mês de janeiro, que registrou média de 2,33 dias, evidenciando um ganho de agilidade no giro de leitos. Mesmo confrontado com períodos anteriores de alta performance, onde a média foi de 1,92 dias, o indicador atual (1,89) sinaliza uma trajetória de estabilidade e eficiência operacional. Este cenário reflete diretamente a efetividade das condutas clínico-cirúrgicas e a sinergia entre as equipes médica, de enfermagem e de apoio diagnóstico. A tomada de decisão oportuna, aliada a uma organização rigorosa do pós-operatório e à programação antecipada das altas hospitalares, tem sido o diferencial para manter o indicador em patamares seguros.

Como estratégia de manutenção desses resultados, a unidade mantém o foco no monitoramento diário dos planos terapêuticos e na integração multidisciplinar, garantindo que eventuais oscilações causadas pela complexidade dos casos ou intercorrências clínicas sejam geridas sem comprometer a eficiência global. Esse modelo de gestão não apenas amplia a capacidade de resposta para demandas eletivas e de urgência, mas também mitiga riscos inerentes à hospitalização prolongada, como as infecções relacionadas à assistência à saúde, consolidando a qualidade e a segurança do desfecho clínico.

Em conclusão, a Clínica Cirúrgica mantém um desempenho de excelência, operando com margem de segurança confortável em relação às metas institucionais. A análise dos dados permite inferir que a unidade atingiu um nível de maturidade operacional onde a rotatividade de leitos favorece a sustentabilidade do fluxo assistencial sem prejuízo à segurança do paciente. Recomenda-se a continuidade do acompanhamento rigoroso dos rounds multidisciplinares e a manutenção dos protocolos de desospitalização segura, assegurando que o indicador permaneça resiliente mesmo diante de possíveis variações no perfil de complexidade cirúrgica nos próximos períodos.

Gráfico 12: Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No período analisado, a unidade de Ginecologia e Obstetrícia apresentou uma Média de Permanência de 2,09 dias, resultado que demonstra plena conformidade com os parâmetros institucionais e contratuais estabelecidos. Ao registrar este índice, a unidade reafirma sua eficiência operacional, mantendo o tempo de internação dentro de um intervalo de segurança que concilia a rotatividade de leitos com a qualidade do desfecho clínico. Em comparação ao mês de janeiro, que apresentou média de 2,04 dias, observa-se uma elevação residual de apenas 0,05 dias, variação considerada estatisticamente irrelevante e perfeitamente compatível com as oscilações naturais do perfil assistencial e da complexidade dos casos atendidos no período.

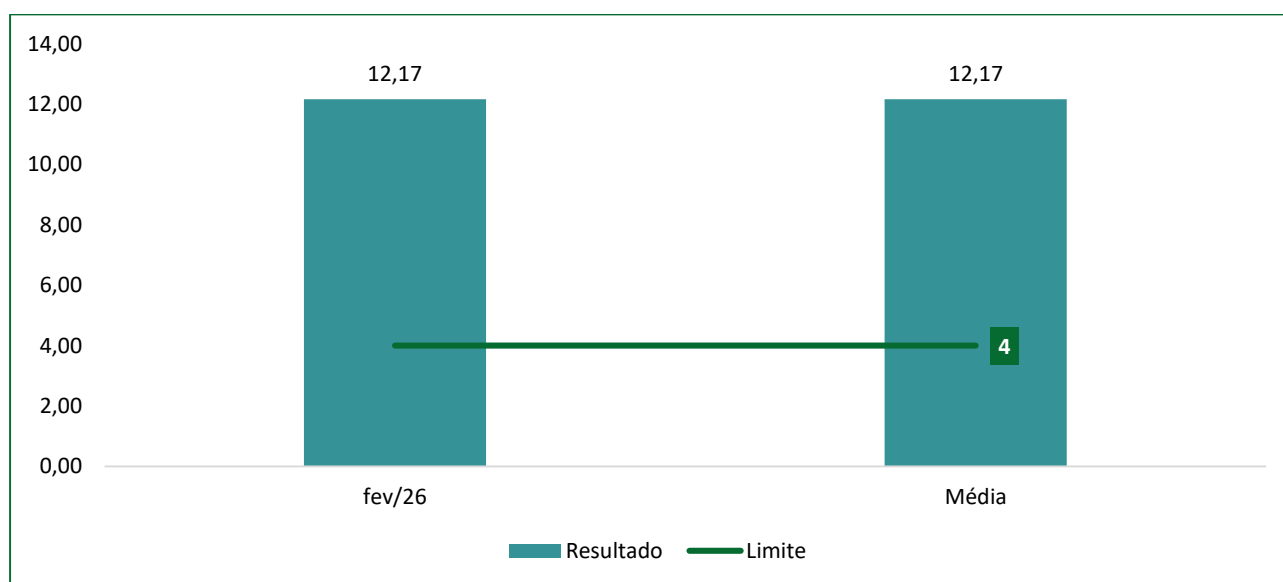
O desempenho positivo da unidade é reflexo direto da maturidade das equipes e da robustez dos processos internos. Destaca-se a resolutividade clínica em procedimentos de curta permanência, como perineoplastias e laqueaduras tubárias, que frequentemente evoluem para alta segura em menos de 24 horas. Esse dinamismo evidencia pontos fortes cruciais: a aplicação rigorosa de protocolos de alta precoce, a excelência na condução clínica e a existência de um fluxo de desospitalização bem definido. Tais fatores não apenas otimizam o uso dos recursos e a capacidade instalada, mas também reduzem significativamente a exposição das pacientes a riscos hospitalares, sem comprometer a segurança assistencial.

Para garantir a sustentabilidade desses resultados e a permanência do indicador dentro das metas, a gestão da unidade mantém o monitoramento contínuo da jornada da paciente, desde a admissão até o pós-operatório imediato. As ações focam na manutenção da agilidade diagnóstica e na integração multidisciplinar, assegurando que o planejamento da alta seja iniciado precocemente. Além disso, a análise sistemática das variações do perfil

assistencial permite que a equipe identifique prontamente qualquer gargalo operacional, garantindo que o equilíbrio entre eficiência e segurança seja preservado mesmo diante de picos de demanda.

Em conclusão, a análise demonstra que a Ginecologia e Obstetrícia opera com alto nível de efetividade, mantendo processos alinhados às melhores práticas nacionais. O indicador de 2,09 dias reflete uma unidade capaz de absorver demandas cirúrgicas e obstétricas com agilidade, garantindo a disponibilidade de leitos e a sustentabilidade contratual. Recomenda-se a continuidade das estratégias vigentes, com foco especial na vigilância dos protocolos de alta segura e na comunicação assertiva entre as equipes de apoio, consolidando a unidade como referência em eficiência e cuidado centrado na paciente.

Gráfico 13: Média de Permanência da UCIN



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês analisado, a média de permanência hospitalar registrou o índice de 12,17 dias, apresentando uma elevação significativa quando comparada ao desempenho de janeiro, que foi de 4,38 dias. Esta variação decorre diretamente do perfil de alta complexidade dos pacientes atendidos no serviço, caracterizado pela presença de recém-nascidos prematuros extremos que, apesar de apresentarem boa evolução clínica, demandam um tempo prolongado de internação para atingirem a idade gestacional corrigida e o peso mínimo necessário para uma alta segura. As permanências mais extensas foram influenciadas por casos específicos que ilustram essa necessidade terapêutica, como:

Recém-nascido de B.N.A., um prematuro de 31 semanas que enfrentou diversas intercorrências e evoluiu com displasia broncopulmonar, apresentando dificuldade no desmame de oxigênio.

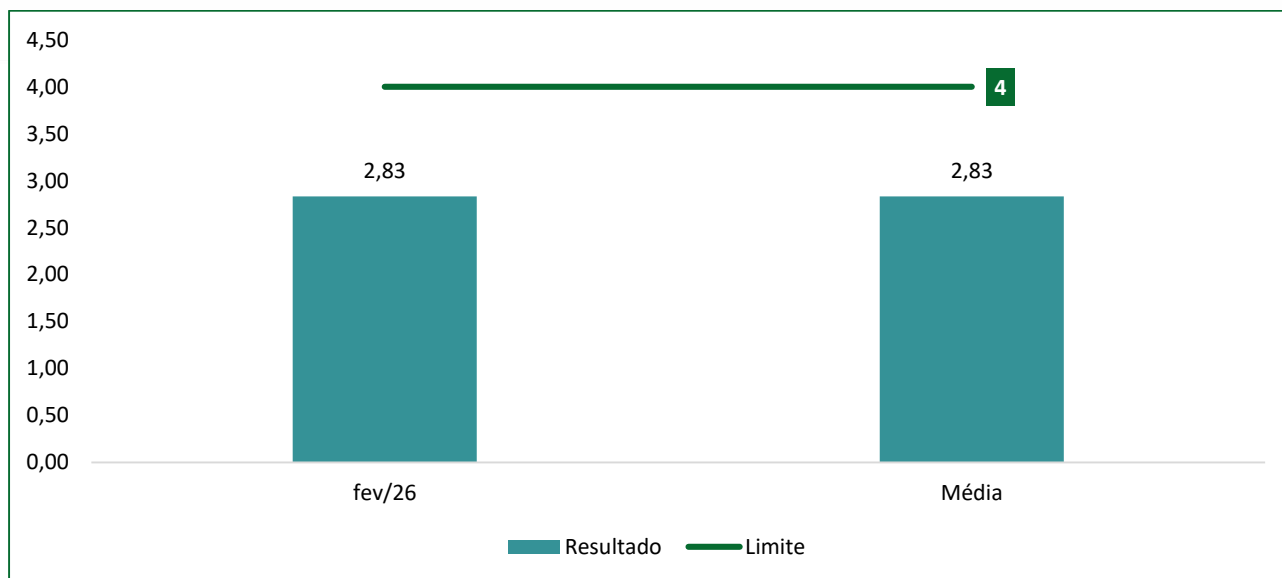
Recém-nascido de E.Y.F.A., também de 31 semanas e com histórico de asfíxia, exemplifica o impacto do atraso no desenvolvimento e da dificuldade de sucção na média de permanência; o paciente permanece internado para ganho de peso após ter conseguido apenas recentemente a transição da sonda orogástrica para a via oral.

Portanto, o aumento verificado não configura uma falha no fluxo de giro de leitos, mas sim uma resposta assistencial adequada à gravidade e às particularidades clínicas da população assistida no período. Diante desse contexto, o tempo de permanência observado decorre diretamente das condições clínicas apresentadas pelos pacientes, não caracterizando falha operacional, inadequação de fluxos ou deficiência na condução assistencial. Assim, embora o indicador tenha sido formalmente atingido, o fato de permanecer no limite do parâmetro pactuado reforça a necessidade de monitoramento contínuo e qualificado, considerando a complexidade clínica dos recém-nascidos atendidos, bem como a prioridade absoluta à segurança do paciente e à qualidade do cuidado prestado.

Plano de ação

A estratégia de intervenção para o controle da média de permanência e das readmissões será liderada pela Coordenação de Enfermagem e pela Equipe Multidisciplinar nas dependências da Unidade Intermediária Neonatal, com início imediato e revisão no fechamento do próximo ciclo mensal. O objetivo central é otimizar o giro de leitos e garantir a segurança na desospitalização dos recém-nascidos de alta complexidade, o que será feito através da implementação de um Round Multidisciplinar diário focado no desmame de oxigênio e na progressão da dieta via oral, além do reforço no treinamento de alta assistida para as famílias. Essa medida justifica-se pela necessidade de reduzir a variação observada entre janeiro (4,38 dias) e o período atual (12,17 dias), buscando mitigar gargalos clínicos como os casos de displasia broncopulmonar e dificuldade de sucção identificados. O processo será executado por meio da revisão rigorosa dos critérios de peso e idade gestacional corrigida em prontuário, com apoio da fonoaudiologia e fisioterapia para acelerar a autonomia dos prematuros. Todo o plano será custeado pelo orçamento operacional já previsto para a educação continuada e horas assistenciais do setor, sendo monitorado via relatórios TASY para validar se as ações resultaram na estabilização dos indicadores conforme as metas pactuadas.

Gráfico 14: Média de Permanência da Clínica Médica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

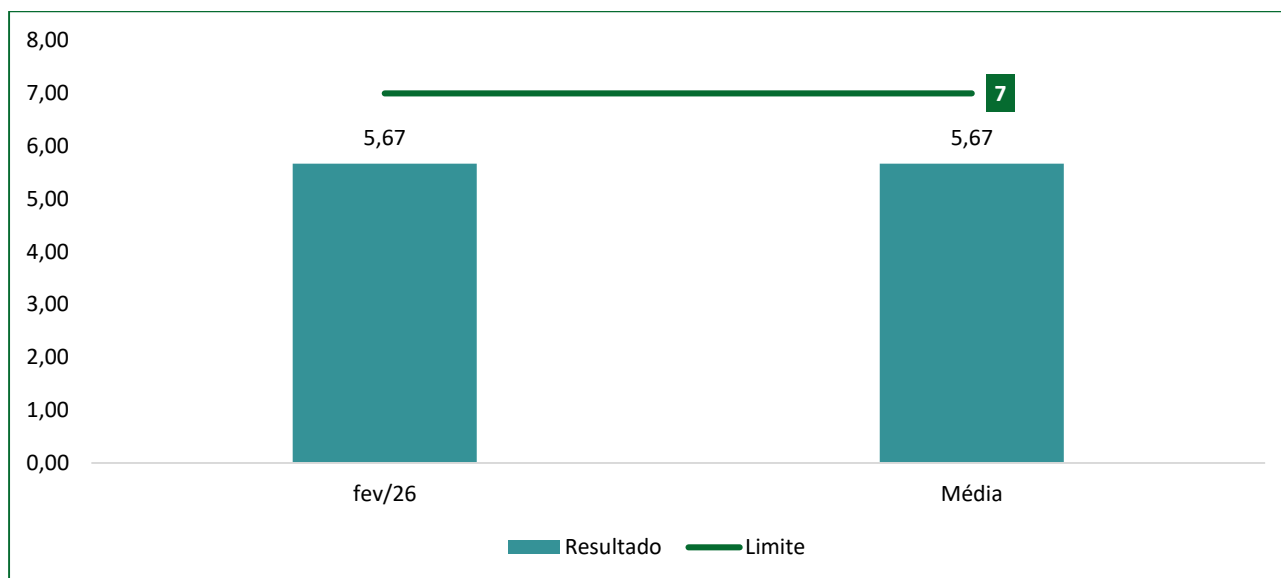
No período analisado, a Clínica Médica registrou uma média de permanência de 2,83 dias, consolidando um desempenho de excelência ao situar-se significativamente abaixo do parâmetro institucional de 4 dias. Este resultado reforça a plena conformidade da unidade com as metas estabelecidas e evidencia uma trajetória de otimização assistencial. Em uma perspectiva comparativa, observa-se uma redução em relação ao mês de dezembro, que apresentou média de 3,68 dias, demonstrando que a unidade não apenas mantém o indicador dentro da meta, mas busca constantemente o aperfeiçoamento do giro de leitos. A análise histórica revela que, desde outubro, o indicador apresenta uma estabilidade robusta, o que ratifica a maturidade dos processos de internação e a previsibilidade dos fluxos de alta hospitalar.

Este sucesso operacional é reflexo direto da integração das equipes multiprofissionais e da adoção de condutas clínicas assertivas. Como pontos positivos, destacam-se a agilidade na tomada de decisão terapêutica e a organização sistêmica das altas, fatores que mitigam os riscos inerentes à hospitalização prolongada e garantem a utilização racional da capacidade instalada. A eficiência demonstrada reflete um cuidado centrado na resolutividade, onde o tempo de internação é rigorosamente ajustado às necessidades clínicas e ao perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, fortalecendo a segurança assistencial e a disponibilidade de leitos para a rede.

Para assegurar a sustentabilidade desses resultados e a permanência do indicador em patamares conformes, a unidade mantém estratégias ativas de governança clínica. Entre as ações contínuas, destacam-se o monitoramento diário da média de permanência e a realização de discussões periódicas de casos complexos, garantindo o alinhamento ininterrupto entre os setores assistenciais. Além disso, a revisão sistemática dos fluxos de

alta permite identificar e sanar precocemente eventuais gargalos, assegurando que a Clínica Médica continue operando com alta performance e entregando uma assistência de qualidade, segura e financeiramente sustentável para a instituição.

Gráfico 15: Média de Permanência da UTI Adulto



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

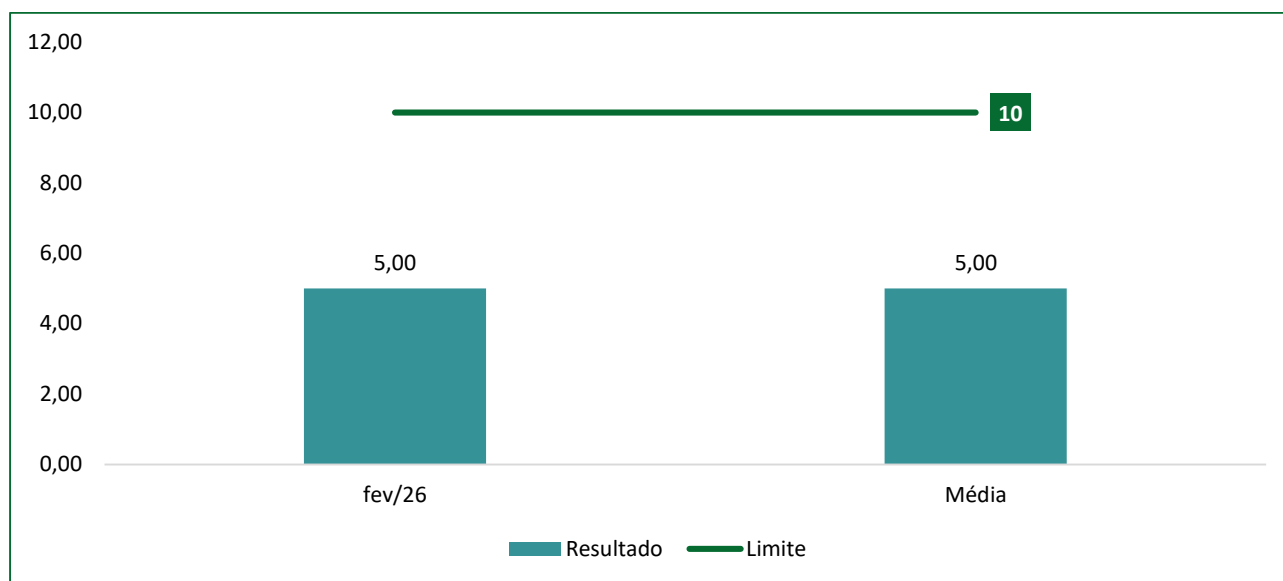
No mês de fevereiro, a Unidade de Terapia Intensiva apresentou uma média de permanência de 5,67 dias, mantendo-se em plena conformidade com a meta institucional estabelecida (inferior a 7 dias). Em comparação ao mês de janeiro, que registrou média de 6,44 dias, observa-se uma redução positiva no indicador, consolidando uma trajetória de eficiência operacional e melhoria no giro de leitos. Este resultado é particularmente expressivo quando contextualizado ao perfil de alta complexidade atendido no período, reafirmando a capacidade da unidade em gerenciar casos críticos com resolutividade e segurança.

O desempenho positivo da unidade é sustentado pela dedicação técnica das equipes multidisciplinares, que demonstraram excelência no manejo de pacientes com necessidade de ventilação mecânica prolongada e desmame complexo de sedação. Como pontos fortes, destacam-se a precisão diagnóstica e a maturidade na condução de casos com indicação de teto terapêutico e cuidados paliativos proporcionais. A abordagem ética e humanizada nesses cenários permitiu uma assistência digna e tecnicamente adequada, mesmo diante de quadros clínicos que naturalmente demandam períodos de internação mais extensos devido ao rebaixamento do nível de consciência e à estabilização de sintomas.

Para garantir a manutenção desses índices e buscar a otimização contínua do fluxo de leitos, a gestão está intensificando ações focadas no reconhecimento precoce de

pacientes com indicação de cuidados paliativos e na priorização criteriosa de internações para casos de maior potencial de benefício terapêutico. O objetivo é fortalecer o rigor técnico na admissão, assegurando que o suporte intensivo seja direcionado aos pacientes que dele mais necessitam. Além disso, seguem em pauta discussões multidisciplinares diárias (rounds) para agilizar o desmame ventilatório e mitigar barreiras que possam prolongar indevidamente a hospitalização.

Gráfico 16: Média de Permanência da UTI Pediátrica



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

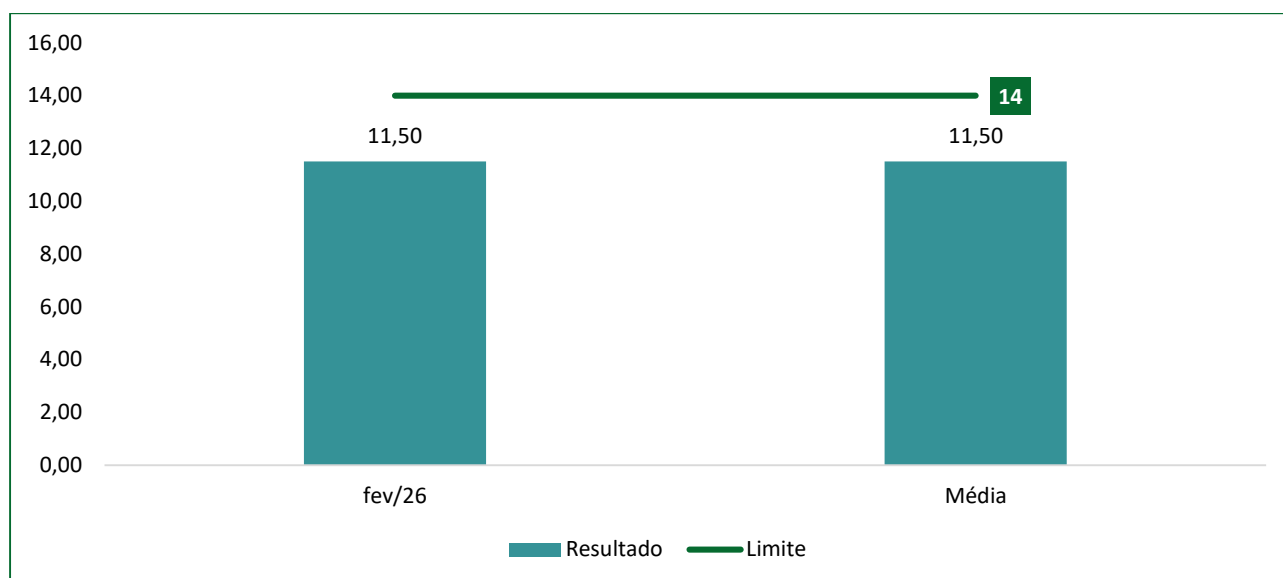
No período analisado, a unidade registrou uma média de permanência de 5,00 dias, mantendo-se significativamente abaixo da meta institucional estabelecida de 10 dias. Este resultado ratifica a plena conformidade do indicador e demonstra uma gestão de leitos altamente eficiente. Em uma perspectiva comparativa, embora o número atual (5,00) apresente uma oscilação natural em relação aos 4,50 dias registrados em janeiro, a análise longitudinal revela uma trajetória de melhora consistente no desempenho assistencial. É notável que, após um pico de 7,75 dias em dezembro motivado por uma elevação sazonal na complexidade clínica dos casos, a unidade logrou êxito em retomar patamares de permanência reduzidos, consolidando a recuperação da agilidade operacional sem prejuízo à segurança do cuidado.

O êxito deste indicador é reflexo direto da atuação integrada das equipes multiprofissionais e da maturidade da governança clínica. Como pontos positivos, destacam-se a assertividade na condução terapêutica e a aplicação rigorosa dos protocolos de desospitalização, que asseguram que o tempo de internação seja estritamente o necessário para a recuperação plena do paciente. Essa dinâmica evidencia uma unidade resiliente, capaz de absorver variações no perfil de gravidade dos internados como

observado no final do ano anterior e reajustar seus fluxos com rapidez para manter a sustentabilidade operacional e a rotatividade de leitos necessária à demanda institucional.

Para garantir que o indicador permaneça em conformidade nos próximos meses, a unidade mantém o monitoramento contínuo do Censo Hospitalar e a realização de rounds multidisciplinares focados na identificação precoce de barreiras à alta. Além disso, as estratégias de controle e ajuste do tempo de internação permanecem alinhadas aos protocolos de segurança do paciente, assegurando que as oscilações quantitativas sejam sempre justificadas pela necessidade clínica real. Em suma, o desempenho atual reafirma a eficiência da unidade no manejo assistencial e sua capacidade de entregar um cuidado resolutivo, seguro e alinhado às metas de gestão hospitalar.

Gráfico 17: Média de Permanência da UTI Neonatal



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de referência, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal registrou uma média de permanência de 11,16 dias, calculada a partir de 115 pacientes-dia e 10 saídas. Embora o resultado apresente uma variação em relação ao parâmetro pactuado, observa-se uma melhora significativa quando comparado ao mês de janeiro, que registrou média de 18,86 dias. Essa redução de aproximadamente 40% no tempo médio de internação evidencia uma mudança positiva na dinâmica assistencial e uma maior agilidade na resolutividade dos casos no período atual.

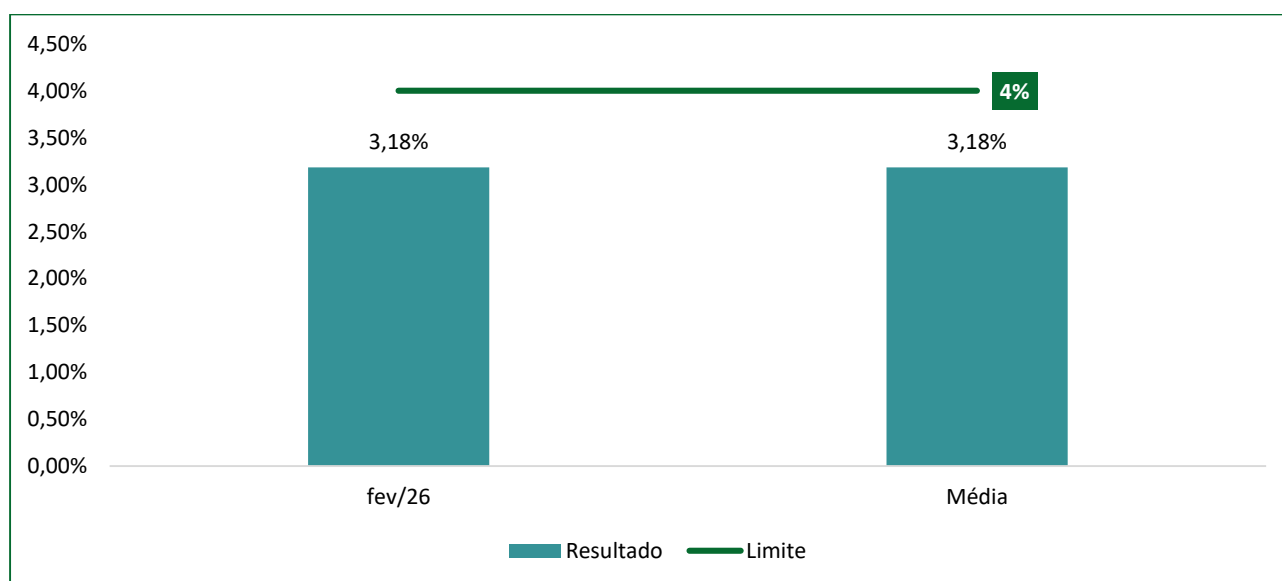
O desempenho alcançado reflete a competência técnica e a dedicação das equipes assistenciais em manejar casos de alta complexidade. Como pontos positivos, destacam-se a evolução clínica favorável e a ausência de intercorrências graves nos pacientes de longa permanência, demonstrando a segurança do cuidado prestado.

A permanência de pacientes como o Recém Nascido de A.G.Z (32 semanas) e o Recém Nascido de L.C.M (29 semanas) por períodos superiores a 14 dias é estritamente justificada pela prematuridade extrema. Nestes casos, o tempo de hospitalização é um requisito fisiológico inegociável para que os recém-nascidos atinjam a idade gestacional corrigida, o peso mínimo de segurança e a maturidade para desmame de oxigênio e aceitação de dieta via oral. Portanto, a permanência prolongada nestes episódios não indica ineficiência, mas sim a excelência no suporte à vida e ao desenvolvimento neonatal.

Para garantir a manutenção e o aprimoramento deste indicador, a unidade mantém o compromisso com a transparência operacional, disponibilizando regularmente suas vagas à Central de Regulação de Leitos, assegurando que a capacidade instalada sirva à rede de saúde de forma contínua. Além disso, as equipes multidisciplinares realizam rounds diários para otimizar o plano terapêutico, focando na estabilização precoce que permita a transição para unidades de cuidados intermediários ou alta hospitalar assim que os critérios de segurança sejam atingidos.

Em conclusão, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal demonstra um equilíbrio entre o rigor técnico necessário para o tratamento de prematuros e a busca pela eficiência no giro de leitos. A redução da média de permanência em relação ao mês anterior, somada à evolução clínica satisfatória dos recém-nascidos de maior complexidade, ratifica a qualidade da assistência prestada. Recomenda-se a continuidade do monitoramento individualizado de cada caso de longa permanência, garantindo que o indicador reflita sempre o tempo estritamente necessário para a segurança e a saúde integral do paciente neonatal.

Gráfico 18: Taxa de Suspensão de Cirurgia



Fonte: Agendamento Cirúrgico HMA (2026)

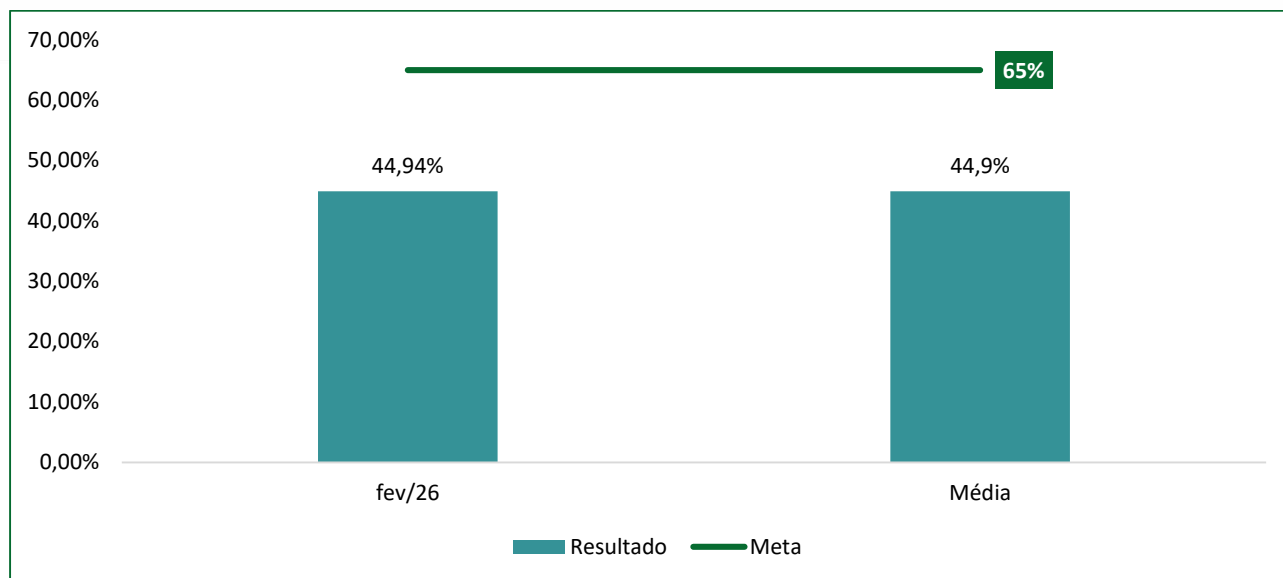
No mês de fevereiro de 2026, o indicador apresentou resultado de 3,18%, atingindo a meta estabelecida de até 4%. No período, foram programadas 157 cirurgias, sendo 135 eletivas e 22 de urgência/emergência, com predominância da especialidade de Ortopedia. O volume apresentado manteve-se compatível com a capacidade operacional da unidade. Foram registradas 05 cirurgias canceladas. Destas, 04 corresponderam à especialidade de Ginecologia e 01 à especialidade de Ortopedia.

Em comparação ao mês de dezembro de 2025, quando o indicador foi de 2,55%, período em que foram programadas 157 cirurgias, sendo 115 eletivas e 42 de urgência/emergência, observa-se discreta redução no quantitativo total de procedimentos, sem impacto negativo na organização do fluxo assistencial.

O indicador apresentou desempenho satisfatório, demonstrando efetividade no planejamento cirúrgico e na articulação entre os setores envolvidos. A baixa taxa de suspensão evidencia organização dos processos, adequada programação operatória e monitoramento contínuo das condições estruturais e assistenciais necessárias para a realização dos procedimentos. Observa-se como aspectos positivos o planejamento cirúrgico alinhado à capacidade instalada da unidade, a integração entre Centro Cirúrgico, Central de Materiais Esterilizados e equipes assistenciais, o monitoramento sistemático das causas de suspensão cirúrgica, a atuação proativa das equipes na organização e liberação de materiais e instrumentais, bem como a comunicação efetiva entre equipes multiprofissionais, favorecendo a resolutividade e segurança assistencial.

Com o objetivo de manter o indicador dentro da meta estabelecida, permanece instituído o monitoramento contínuo das suspensões cirúrgicas, com análise mensal das causas e implementação de ações corretivas, o alinhamento prévio entre Centro Cirúrgico, Central de Materiais e equipes assistenciais quanto à disponibilidade e liberação de materiais esterilizados, a conferência antecipada dos materiais e instrumentais necessários para cirurgias eletivas e de urgência/emergência, o fortalecimento da comunicação efetiva e tempestiva entre as equipes médica, de enfermagem e setores de apoio, o registro padronizado das suspensões em sistema institucional, possibilitando rastreabilidade e análise de dados, além da reavaliação periódica dos fluxos de trabalho e do dimensionamento de recursos assistenciais conforme a demanda. Dessa forma, a unidade mantém padrão assistencial pautado na qualidade e segurança do paciente, garantindo a manutenção de baixas taxas de suspensão cirúrgica e a continuidade da assistência resolutiva.

Gráfico 19: Proporção de Partos Vaginais



Fonte: Faturamento HMA (2026)

Na competência de fevereiro, foram realizados 100 partos, sendo 44 por via vaginal e 56 por via cesariana, correspondendo a 44,0% de partos vaginais. Esse resultado evidencia desempenho significativamente abaixo do valor mínimo estipulado contratualmente. Este índice caracteriza uma não conformidade em relação à meta pactuada de 65%, embora a unidade tenha operado exatamente no limite mínimo alternativo estabelecido pela instituição. Ao confrontar esses dados com o mês de janeiro, que apresentou um índice de 45,22% (baseado em 52 partos vaginais e 63 cesáreas de um total de 115), observa-se uma tendência de estabilidade no limiar inferior da meta, acompanhada de uma redução no volume assistencial absoluto. Essa oscilação crítica entre os meses reforça a necessidade de um monitoramento rigoroso sobre a proporcionalidade das vias de nascimento e a tipologia das gestações atendidas.

A persistência do indicador abaixo da meta de 65% justifica-se, primordialmente, pela complexidade do perfil clínico das gestantes admitidas no bimestre. A prevalência de 45,22% de partos cesáreos em fevereiro está intrinsecamente ligada a indicações médicas inegociáveis, como sofrimento fetal agudo, descolamento prematuro de placenta, pré-eclâmpsia e casos de iteratividade (múltiplas cesáreas anteriores). Tais fatores clínicos e intercorrências obstétricas impõem a via cirúrgica como a única alternativa para a preservação da segurança materno-fetal, sobrepondo a necessidade ética e técnica do cuidado às metas numéricas contratuais. Além disso, a variação mensal sugere que o fluxo de regulação tem encaminhado pacientes com patologias que limitam a possibilidade de condução ao parto vaginal.

Como pontos positivos da unidade, destaca-se a alta resolutividade das equipes multiprofissionais, que garantiram desfechos favoráveis e ausência de eventos adversos

graves, mesmo diante de um cenário de maior severidade clínica. A estrutura hospitalar demonstrou prontidão para intervenções de urgência e o Núcleo Interno de Regulação (NIR) manteve a gestão de fluxo eficiente. Para reverter este cenário e buscar a convergência com a meta de 65%, a unidade está intensificando o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, promovendo reuniões de auditoria de prontuários para validar cada indicação de cesariana e fortalecendo a educação permanente das equipes sobre as novas diretrizes de boas práticas obstétricas. O objetivo é assegurar que o incentivo ao parto normal ocorra de forma segura, sustentada e tecnicamente embasada.

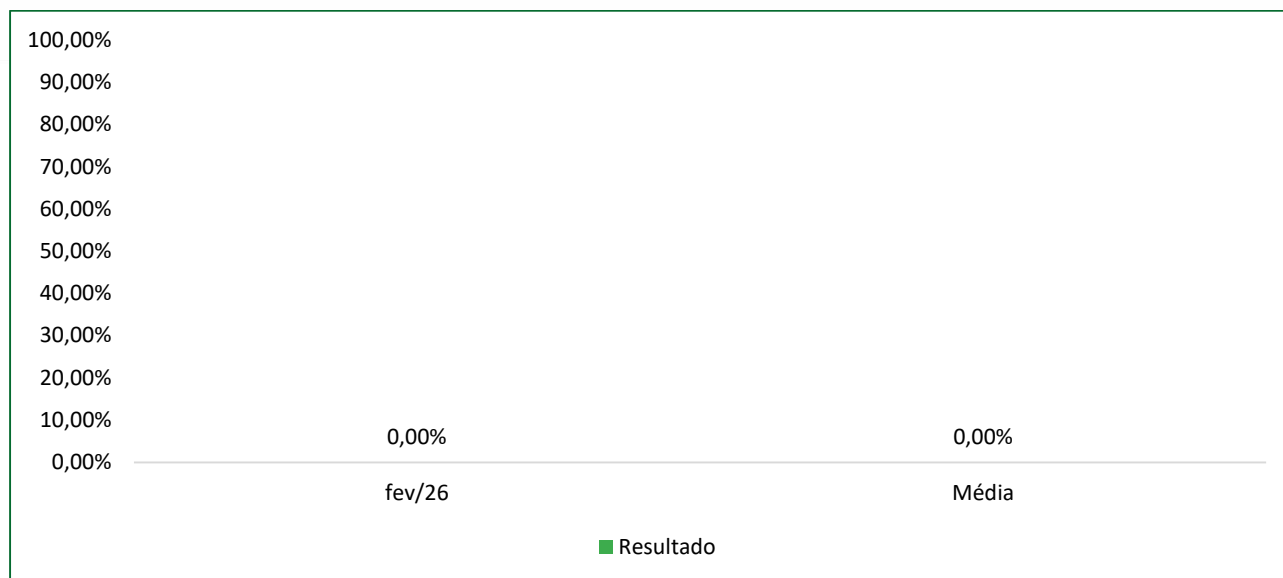
A não conformidade observada nos períodos analisados está relacionada, principalmente, ao perfil assistencial das gestantes atendidas, com maior prevalência de indicações clínicas para cesariana, incluindo intercorrências obstétricas, condições maternas e fetais de risco, bem como histórico obstétrico desfavorável ao parto vaginal. Esses fatores impactam diretamente a possibilidade de ampliação do percentual de partos vaginais, mesmo diante da adoção de boas práticas obstétricas.

Plano de Ação

Com o objetivo de elevar o percentual de partos vaginais e atingir o parâmetro mínimo pactuado de 65%, será implementado um conjunto de ações voltadas ao fortalecimento das boas práticas obstétricas, contemplando a revisão sistemática das indicações de cesariana, a intensificação das capacitações da equipe multiprofissional quanto aos protocolos assistenciais e critérios clínicos, o estímulo ao uso adequado do partograma e à atuação ampliada da enfermagem obstétrica durante o trabalho de parto, bem como o fortalecimento da orientação às gestantes no pré-natal e no momento da admissão.

As ações serão desenvolvidas na unidade obstétrica, envolvendo médicos obstetras, enfermeiros obstétricos, equipe de enfermagem, coordenação assistencial com início imediato e acompanhamento mensal dos resultados. A execução ocorrerá por meio de reuniões técnicas, educação permanente, discussão de casos clínicos, auditorias das indicações de cesariana e monitoramento dos registros assistenciais, sem necessidade de aporte financeiro adicional, uma vez que serão utilizados os recursos humanos e estruturais já existentes. O acompanhamento e a avaliação da efetividade do plano serão realizados pelo setor de Qualidade, por meio do monitoramento contínuo do indicador, análise comparativa dos resultados mensais e registro das ações no Protocolo Interno nº 2026003906, visando à melhoria contínua da qualidade da assistência obstétrica.

Gráfico 20: Taxa de Mortalidade Não Institucional



Fonte: Comissão Óbito Adulto (2026)

No período analisado, a unidade demonstrou excelência operacional ao atingir a marca de zero óbitos não institucionais, com um volume expressivo de 576 saídas. Ao comparar este desempenho com o mês de janeiro de 2026, observa-se uma evolução qualitativa relevante: naquele período, foram registrados 03 óbitos (taxa de 0,56%), todos caracterizados por admissões em estado de extrema gravidade, como choque refratário e parada cardiorrespiratória em menos de 24 horas. A transição para o índice atual de 0% reflete a robustez das barreiras assistenciais, mesmo diante de um perfil de paciente crítico.

Os pontos positivos que sustentam esse resultado envolvem a alta performance das equipes assistenciais, que demonstraram agilidade na estabilização clínica e precisão na aplicação de protocolos de suporte avançado de vida. A integração entre o pronto atendimento e as unidades de terapia intensiva garantiu que o tempo de resposta fosse otimizado, reduzindo as janelas de risco para o paciente. Além disso, o comprometimento da equipe multidisciplinar com a vigilância contínua permitiu uma antecipação eficaz de desfechos desfavoráveis.

Para garantir a sustentabilidade deste indicador e manter a conformidade nos próximos meses, a unidade mantém investimentos em educação continuada, focando no manejo de casos de alta complexidade e na revisão rigorosa dos fluxos de triagem. A realização de rounds multidisciplinares diários e o monitoramento em tempo real de pacientes com sinais de deterioração clínica são as principais estratégias em curso para que a taxa de mortalidade não institucional permaneça zerada, consolidando a segurança e a qualidade do atendimento prestado.

P (PLAN) - Planejamento

- **Objetivo:** Manter a taxa de mortalidade não institucional em **0%**, garantindo que pacientes admitidos em estado crítico recebam intervenção imediata para reversão de quadros graves.
- **Meta:** Zero óbitos em menos de 24 horas de internação.
- **Estratégia:** Refinamento dos protocolos de acolhimento e classificação de risco para identificação precoce de choque refratário e instabilidade hemodinâmica.

D (DO) - Execução

- **Volume Operacional:** Realização de 576 saídas no período analisado.
- **Ações Práticas:** Aplicação rigorosa dos protocolos assistenciais pela equipe multidisciplinar; priorização absoluta no atendimento de pacientes com sinais de falência orgânica; e intensificação da vigilância nas primeiras horas de admissão.

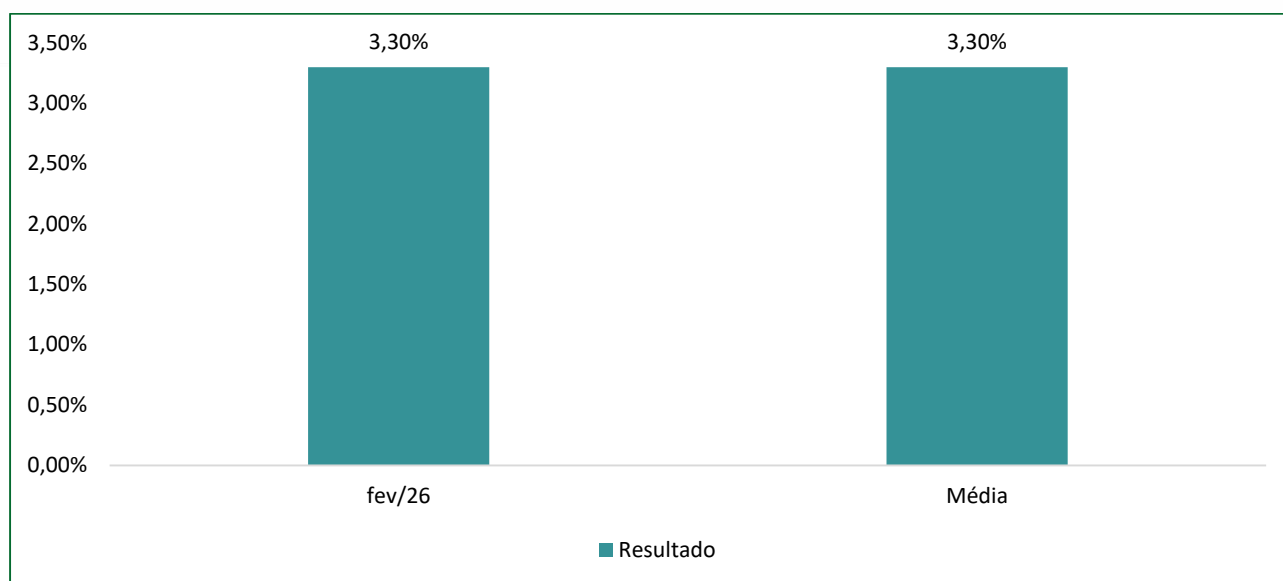
S (STUDY) - Estudo e Análise

- **Resultado Obtido: 0 óbitos não institucionais** (Conforme).
- **Comparativo Crítico:** Em janeiro de 2026, o indicador registrou 0,56% (03 óbitos). Naquela ocasião, os casos foram limitados pela gravidade extrema e rapidez da evolução negativa (menos de 24h).
- **Análise de Sucesso:** A ausência de óbitos no período atual, mesmo com o alto volume de saídas, demonstra que a unidade conseguiu absorver a complexidade clínica com maior eficácia, evidenciando pontos positivos como a agilidade da equipe e a precisão nas manobras de estabilização.

A (ACT) - Ação/Padronização

- **Manutenção do Indicador:** Para que o resultado permaneça atingido, as ações de educação continuada (treinamentos de suporte avançado de vida) foram padronizadas.
- **Próximos Passos:** Manter o monitoramento rigoroso dos desfechos de curto prazo e realizar rounds multidisciplinares diários para antecipar riscos em pacientes admitidos em estado crítico, garantindo que a barreira assistencial permaneça intransponível.

Gráfico 21: Taxa de Mortalidade Institucional



Fonte: Comissão Óbito Adulto (2026)

No mês de fevereiro, a instituição registrou uma taxa de mortalidade global de 3,30%, resultante de 19 óbitos institucionais em um universo de 576 saídas (altas e óbitos). A análise detalhada dos dados revela que a maior concentração de óbitos ocorreu em unidades de alta complexidade, refletindo o perfil clínico de pacientes com quadros graves, múltiplas comorbidades e evolução desfavorável. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral, a taxa de letalidade foi de 22,2% (8 óbitos em 36 saídas), enquanto a Clínica Médica apresentou um índice de 3,31% (5 óbitos em 151 saídas). Em contrapartida, o setor cirúrgico demonstrou alta segurança assistencial, com apenas 0,44% de mortalidade em 224 cirurgias realizadas no período.

A mortalidade neonatal fechou o mês com uma taxa de 3,50%, correspondente a 6 óbitos em 171 saídas relacionadas a este público. Destes, 4 ocorreram no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), evidenciando desfechos agudos ligados a fatores de altíssimo risco, como prematuridade extrema (20 semanas), malformações graves, corioamnionite e descolamentos prematuros decorrentes do uso de substâncias psicoativas e pré-natal negligente. Os outros 2 óbitos neonatais ocorreram na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e foram discutidos em reunião extraordinária da Comissão de Óbito Infantil. Vale ressaltar que, apesar da complexidade obstétrica enfrentada, a taxa de mortalidade materna permaneceu em 0%, mantendo o padrão de excelência na segurança da gestante.

Ao comparar com os meses anteriores, observa-se que a mortalidade adulta e cirúrgica mantém uma linha de estabilidade, compatível com o perfil de um hospital de referência. No entanto, o indicador neonatal em fevereiro foi impactado diretamente por fatores externos à assistência hospitalar, como a gravidade das internações de urgência e a precariedade do acompanhamento gestacional prévio. Conclui-se que o resultado

institucional de 3,30% é reflexo da missão da unidade em absorver casos de alta complexidade, sendo a maioria dos óbitos considerada inevitável diante do quadro clínico de admissão, conforme validado pelas comissões de revisão de prontuários.

P (PLAN) - Planejamento

- **Objetivo:** Manter a taxa de mortalidade global e setorial dentro dos limites aceitáveis, garantindo a segurança do paciente e a eficácia das intervenções em casos de alta complexidade.
- **Indicadores de Meta:** Mortalidade Global abaixo de 3,5%; Mortalidade Materna 0%; Mortalidade Cirúrgica < 1%.
- **Coleta de Dados:** Monitoramento diário de altas e óbitos por unidade (Unidade de Terapia Intensiva, Clínica Médica, Centro Cirúrgico Obstétrico e Pediatria).

D (DO) - Execução

- **Execução Assistencial:** Realização de 224 cirurgias e atendimento de 576 saídas totais no mês de fevereiro.
- **Gestão de Casos Críticos:** Internação de pacientes de alta complexidade na Unidade de Terapia Intensiva Geral e atendimento de gestantes de alto risco no Centro Cirúrgico Obstétrico.
- **Rigor Ético:** Convocação de reunião extraordinária da Comissão de Óbito Infantil para discussão detalhada dos desfechos neonatais.

S (STUDY) - Estudo e Análise

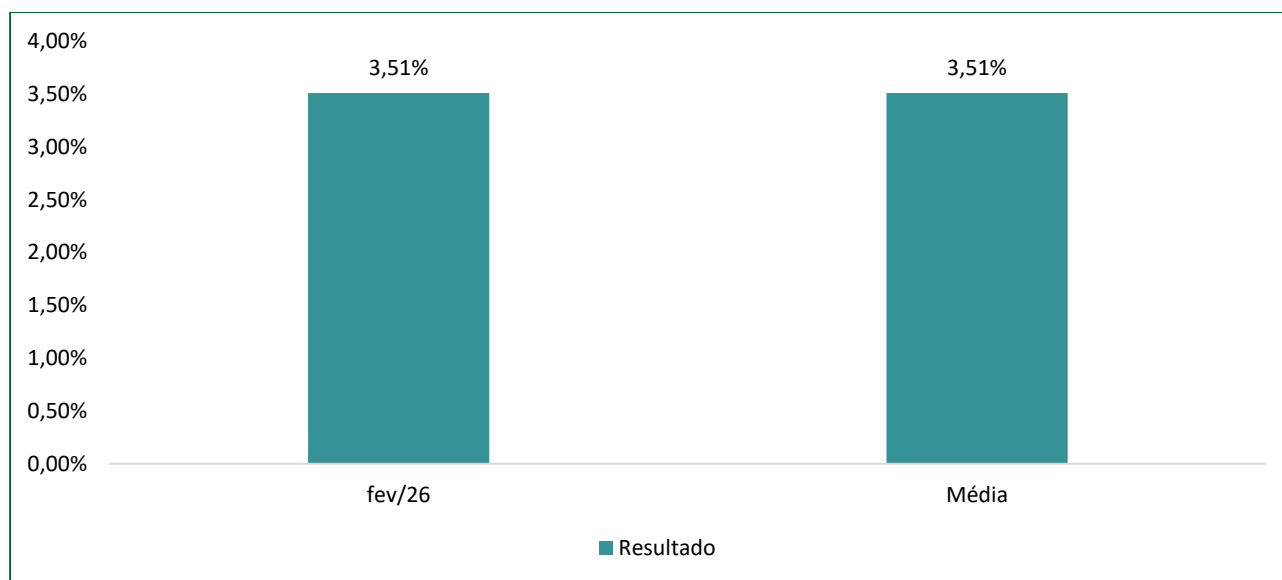
- **Resultado Global:** A taxa de **3,30%** (19 óbitos) está dentro da margem esperada para o perfil de complexidade da instituição.
- **Análise de Não Conformidade (Neonatal):** A taxa de **3,50%** (6 óbitos) foi impactada por fatores externos graves: prematuridade extrema (20 semanas), malformações e, crucialmente, **negligência no pré-natal e uso de substâncias** pelas gestantes. 4 destes óbitos ocorreram no Centro Cirúrgico Obstétrico antes da estabilização em Unidade de Terapia Intensiva, indicando gravidade extrema na admissão.
- **Desempenho por Unidade:**
 - **UTI Geral (22,2%):** Concentração de óbitos esperada pelo perfil crítico e múltiplas comorbidades.
 - **Clínica Médica (3,31%):** 5 óbitos em 151 saídas.
 - **Cirúrgico (0,44%):** Excelente controle de risco em 224 procedimentos.
- **Sucesso:** Manutenção da meta de 0% de Mortalidade Materna.

A (ACT) - Ação/Padronização

- **Padronização:** Manter os protocolos de segurança cirúrgica e obstétrica que garantiram os índices positivos (0,44% e 0% respectivamente).

- **Ações Corretivas (Foco Neonatal):** 1. Notificar a rede de atenção básica sobre a recorrência de pré-natal negligente e uso de substâncias, visando melhorar a captação dessas gestantes. 2. Reforçar o suporte imediato no Centro Cirúrgico Obstétrico para casos de bradicardia fetal em gestações de risco.
- **Monitoramento:** Manter a discussão sistemática de todos os óbitos neonatais em comissão para identificar oportunidades de melhoria na recepção do RN crítico.

Gráfico 22: Taxa de Mortalidade Materno/Infantil



Fonte: Comissão de óbito (2026)

A análise dos indicadores de mortalidade do mês de fevereiro revela um cenário de alta complexidade clínica e vulnerabilidade social entre as pacientes assistidas. No que tange aos óbitos institucionais neonatais, registramos o total de 6 ocorrências, o que representa uma taxa de 3,51% sobre o universo de 171 saídas hospitalares deste público. Ao decompor esses dados, observa-se que quatro desses óbitos ocorreram no Centro Obstétrico (CCO), invariavelmente ligados a quadros de extrema gravidade: um caso de corioamnionite em idade gestacional inviável (20 semanas), uma malformação fetal grave e dois casos de prematuridade extrema (30 e 33 semanas) diretamente impactados pelo uso de substâncias psicoativas pela gestante e pré-natal negligenciado. Os outros dois óbitos foram registrados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e já foram objeto de discussão técnica em reunião extraordinária da Comissão de Óbito Infantil.

Ao comparar este desempenho com os meses anteriores, nota-se uma manutenção ou leve oscilação na taxa de mortalidade neonatal, porém com uma tipificação clara: a não conformidade em relação às metas de redução de óbitos evitáveis não decorre de falhas no fluxo assistencial intra-hospitalar, mas sim de fatores externos e intrínsecos à admissão, como a precariedade do acompanhamento gestacional na rede básica e o uso de drogas, que culminaram em quadros de bradicardia fetal e cesáreas de emergência.

No segmento de mortalidade materna, o indicador permanece zerado, mantendo a série histórica positiva e evidenciando a eficácia dos protocolos de manejo de urgências obstétricas. Paralelamente, os óbitos fetais totalizaram 2 registros (taxa de 1,08%). Assim como nos casos neonatais, estes desfechos refletem situações de elevadíssima complexidade obstétrica onde, apesar da intervenção institucional imediata, as condições prévias de saúde materno-fetal eram severamente graves, limitando as possibilidades de sobrevivência. Em suma, os resultados de fevereiro reforçam a necessidade de um olhar atento sobre a rede de apoio externa (pré-natal), uma vez que a assistência terciária tem sido acionada para lidar com quadros já agudizados por negligência ou comorbidades sociais.

P (PLAN) - Objetivos e Metas

O planejamento estratégico da unidade visa a erradicação de óbitos evitáveis e a manutenção da mortalidade materna zerada. A meta é garantir que todo desfecho negativo seja auditado para identificar falhas de processo ou fatores limitantes externos.

D (DO) - Execução e Constatações

Durante o período de 576 saídas totais, a assistência foi prestada sob condições de alta vulnerabilidade.

- **Segmento Neonatal:** Das 171 saídas, os 6 óbitos registrados concentraram-se em casos de **extrema prematuridade** (20 a 33 semanas) e malformação grave.
- **Fatores Limitantes:** Identificou-se a presença de corioamnionite, uso de substâncias psicoativas e histórico de pré-natal negligenciado.

S (STUDY) - Estudo e Comparação (Análise Crítica)

Ao comparar com os meses anteriores, a oscilação na taxa neonatal não indica falha no fluxo assistencial intra-hospitalar.

- **Diagnóstico da Não Conformidade:** O descumprimento das metas de redução de óbitos deve-se a **fatores pré-hospitalares**. A assistência terciária foi acionada para lidar com quadros já agudizados (bradicardia fetal e cesáreas de emergência), onde a janela de intervenção eficaz era mínima devido à negligência no acompanhamento gestacional na rede básica.
- **Ponto Positivo:** A eficácia dos protocolos de urgência obstétrica é ratificada pelo indicador de Mortalidade Materna em 0%, demonstrando que a equipe consegue preservar a vida da gestante mesmo em cenários de crise aguda.

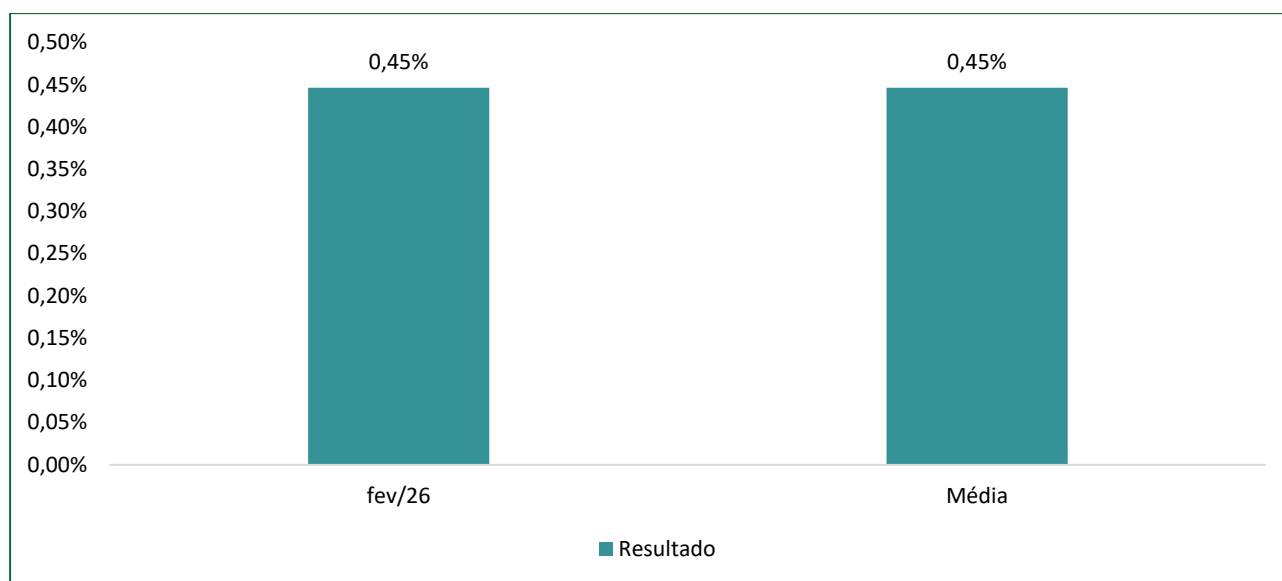
A (ACT) - Ações de Melhoria e Padronização

- **Discussão Técnica:** Os casos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal já foram submetidos à Comissão de Óbito Infantil para refinamento de condutas.
- **Interface com a Rede:** Propor o fortalecimento da comunicação com a rede de atenção básica para sinalizar os casos de gestantes de alto risco/usuárias de substâncias que chegam à unidade sem o devido suporte prévio.
- **Padronização:** Manter o rigor na aplicação dos protocolos de manejo de urgências, que têm garantido a segurança materna.

O parecer da Gestão

Os resultados de fevereiro reforçam que a unidade tem atuado com excelência na ponta final do cuidado (alta complexidade). No entanto, o desfecho neonatal está intrinsecamente ligado à precariedade social e clínica da admissão. A conformidade da mortalidade materna prova que o hospital possui barreiras assistenciais seguras, sendo a mortalidade neonatal um reflexo de uma rede de apoio externa que necessita de intervenção preventiva.

Gráfico 23: Taxa de Mortalidade Cirúrgica



Fonte: Comissão de óbito adulto (2025)

A análise do desempenho cirúrgico referente ao mês de fevereiro demonstra manutenção de estabilidade estatística quando comparado ao período anterior. No total, foram realizados 224 procedimentos cirúrgicos, com registro de 01 óbito, resultando em uma taxa de mortalidade de 0,45%. Em comparação ao mês de janeiro, observa-se constância absoluta no número de eventos (01 óbito), indicando que, apesar das variações naturais no volume de cirurgias realizadas, o desfecho crítico permaneceu isolado.

Cabe destacar que o óbito registrado esteve relacionado a um quadro de abdome agudo perfurativo, associado a choque misto de componente distributivo e hipovolêmico, condição clínica de extrema gravidade, reconhecida na literatura médica como emergência cirúrgica de elevada letalidade.

O paciente foi admitido nesta unidade proveniente de atendimento na Unidade de Pronto Atendimento, já em estado crítico, demandando abordagem imediata, com instituição do protocolo de sepse, além de suporte clínico intensivo e indicação de intervenção cirúrgica em caráter emergencial.

Apesar da adoção das medidas terapêuticas indicadas para o quadro apresentado, a gravidade da condição clínica inicial, associada à progressiva instabilidade hemodinâmica decorrente do choque misto, contribuiu para a evolução desfavorável.

Dessa forma, o desfecho observado mostra-se compatível com a gravidade do quadro apresentado na admissão, bem como com o risco inerente às emergências cirúrgicas infecciosas de alta complexidade, não havendo elementos que indiquem inadequação na condução assistencial frente às circunstâncias clínicas apresentadas pelo paciente.

P (Plan - Planejar)

- **Objetivo:** Manter a segurança do paciente e monitorar a taxa de mortalidade cirúrgica para garantir que permaneça dentro dos indicadores de qualidade aceitáveis.
- **Meta:** Estabilizar ou reduzir o desfecho crítico (óbitos) em relação ao volume de procedimentos.
- **Indicador-chave:** Taxa de mortalidade cirúrgica (Meta institucional pré-definida).

D (Do - Executar)

- **Coleta de Dados:** Monitoramento de 224 procedimentos realizados no mês de fevereiro.
- **Evento:** Registro de 01 óbito cirúrgico no período.
- **Ação:** Execução dos protocolos cirúrgicos padrão e registro sistemático de cada desfecho para análise comparativa.

S (Study - Estudar)

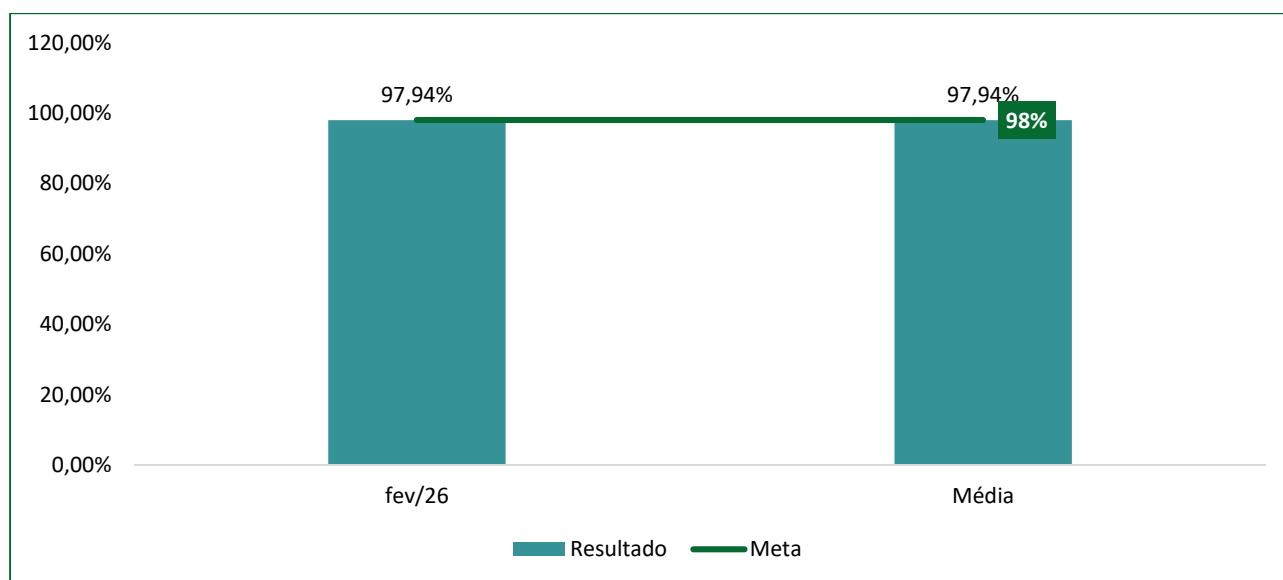
- **Análise Estatística:** A taxa de mortalidade fixou-se em 0,45%.
- **Comparativo:** Em relação a janeiro, houve uma constância absoluta (01 óbito em ambos os meses).

- **Conclusão:** O desfecho é considerado um evento isolado. Mesmo com as oscilações no volume total de cirurgias, a margem permanece previsível e estável, condizente com a complexidade do serviço prestado.

A (Act - Agir)

- **Padronização:** Manter os protocolos atuais de segurança do paciente, dado que o indicador mostra estabilidade e Fortalecer o protocolo de sepse.
- **Melhoria Contínua:** Realizar uma revisão clínica específica do caso de óbito (comitê de ética/mortalidade) para identificar se houve fatores evitáveis, visando a busca pelo "zero dano".
- **Próximo Ciclo:** Monitorar março para observar se a estabilidade se mantém ou se há tendência de queda com o aumento ou diminuição do volume.

Gráfico 24: Taxa de Classificação de Risco



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

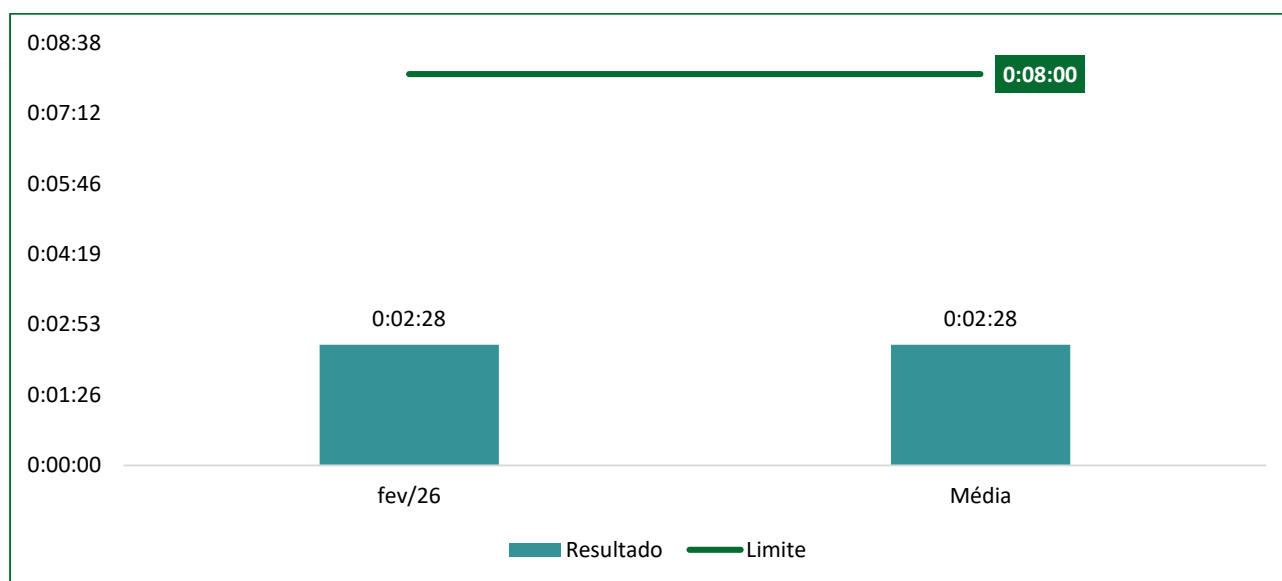
O indicador avalia o percentual de pacientes atendidos nos prontos-socorros que passaram pelo processo de classificação de risco, sendo calculado pela razão entre o total de atendimentos classificados e o total de atendimentos realizados, multiplicado por 100. A meta contratual estabelecida para o período é de $\geq 98\%$ dos pacientes classificados. No mês de fevereiro de 2026, o resultado observado foi de 97,94%, valor ligeiramente abaixo da meta estabelecida, porém muito próximo do parâmetro contratual. No mês de janeiro de 2026, o indicador apresentou 97,80%, evidenciando discreta melhora no desempenho do processo de classificação de risco, com incremento de 0,14 pontos percentuais. No período analisado, foram realizados 7.294 atendimentos, dos quais 7.144 foram classificados no sistema, restando 150 atendimentos registrados como não classificados, correspondendo a 2,06% do total de atendimentos.

Cabe destacar que o desempenho do indicador no mês de fevereiro foi impactado por instabilidade no acesso ao sistema eletrônico Tasy, ocorrida durante o processo de transição de gestão para a nova Organização Social responsável pela operacionalização do Hospital Municipal de Araucária (HMA). Durante alguns dias do período, foram registradas intermitências no sistema de registro da classificação de risco, especialmente no Pronto Atendimento Infantil (PAI). Diante dessa instabilidade tecnológica, foi necessário acionar o plano de contingência institucional, realizando o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) de forma manual, garantindo a continuidade da assistência e a adequada priorização clínica dos pacientes.

Entretanto, em função da impossibilidade de registro retroativo completo no sistema, parte dessas classificações realizadas manualmente não foi computada eletronicamente, impactando o resultado do indicador. A análise estratificada por unidade assistencial demonstra: Pronto Atendimento Infantil (PAI): 4.034 atendimentos realizados, com 3.910 classificados (96,9%) e 124 pacientes registrados como não classificados no sistema, sendo este o setor mais impactado pela instabilidade sistêmica. Pronto-Socorro Obstétrico: 1.063 atendimentos realizados, com 1.056 classificados (99,3%) e Pronto-Socorro Geral: 2.197 atendimentos realizados, com 2.178 classificados (99,1%), ambos mantendo desempenho satisfatório e dentro do padrão esperado. A análise demonstra que o resultado abaixo da meta não está relacionado à falha assistencial ou ausência de classificação de risco, mas sim à limitação de registro eletrônico decorrente de instabilidade sistêmica, uma vez que o processo de triagem foi mantido por meio de protocolo manual de contingência.

Destaca-se que o Acolhimento com Classificação de Risco permaneceu sendo, garantindo a priorização clínica adequada, segurança do paciente e continuidade do atendimento, mesmo diante das dificuldades operacionais temporárias. Considerando a proximidade com a meta estabelecida e a justificativa operacional apresentada, entende-se que o desempenho do indicador permanece globalmente satisfatório, com expectativa de normalização completa dos registros eletrônicos nos meses subsequentes, após estabilização do sistema e consolidação dos fluxos na nova gestão.

Gráfico 25: Tempo Médio de espera para Classificação de Risco



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

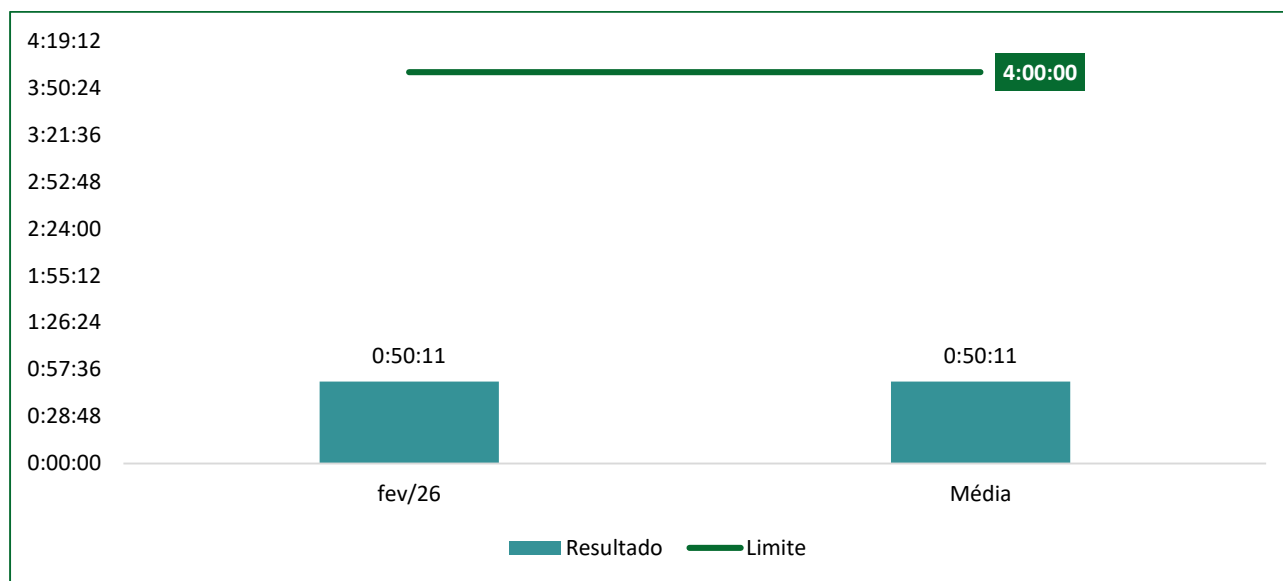
O indicador tem como objetivo manter em até 8 minutos o tempo médio de atendimento do paciente no sistema para classificação de risco, contemplando os atendimentos realizados no Pronto Socorro Geral, Pronto Socorro Obstétrico e Pronto Socorro Infantil. No mês de fevereiro de 2026, o tempo médio registrado foi de 00:02:28, mantendo-se significativamente abaixo da meta estabelecida de 00:08:00, demonstrando desempenho satisfatório e aderência aos parâmetros assistenciais definidos para o serviço. Quando comparado ao mês de janeiro de 2026, em que o indicador apresentou resultado de 00:02:55, observa-se melhora no desempenho, com redução de aproximadamente 27 segundos no tempo médio de espera para classificação de risco. Essa redução indica maior agilidade no acolhimento e triagem dos pacientes, refletindo organização dos fluxos assistenciais e adequada atuação das equipes de enfermagem responsáveis pela classificação. Na análise por setor no mês de fevereiro, verificam-se os seguintes tempos médios:

- **PS Geral:** 00:02:24
- **PS Obstétrico:** 00:02:28
- **PS Infantil:** 00:02:41.

Os dados demonstram homogeneidade no desempenho entre os diferentes pontos de atendimento, mantendo todos os serviços amplamente dentro do limite estabelecido pela meta institucional. A manutenção de tempos reduzidos para classificação de risco está diretamente relacionada à organização dos processos de trabalho, à disponibilidade das equipes assistenciais e ao adequado gerenciamento do fluxo de pacientes nas portas de

entrada da instituição. Esse resultado contribui para maior segurança do paciente, priorização adequada dos casos de maior gravidade e melhoria na qualidade da assistência prestada. Dessa forma, conclui-se que o indicador permanece dentro do padrão esperado, com desempenho consistente e melhoria em relação ao mês anterior, evidenciando a efetividade das estratégias adotadas pela Gerência Assistencial na gestão do fluxo de atendimento e na garantia de acesso oportuno ao serviço.

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



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O indicador que estabelece o limite de 240 minutos (04:00:00) para o atendimento de pacientes não urgentes, ao comparar o mês de fevereiro de 2026 com janeiro de 2026, observa-se uma redução positiva no tempo médio de espera, que passou de 00:51:13 para 00:50:11. Este resultado demonstra que a unidade opera com uma eficiência muito superior à meta pactuada, utilizando apenas 21% do tempo máximo permitido. Em fevereiro, foram realizados 526 atendimentos classificados como "Azul". A distribuição desses atendimentos revela que:

PAI: 161 pacientes

PSG: 225 pacientes

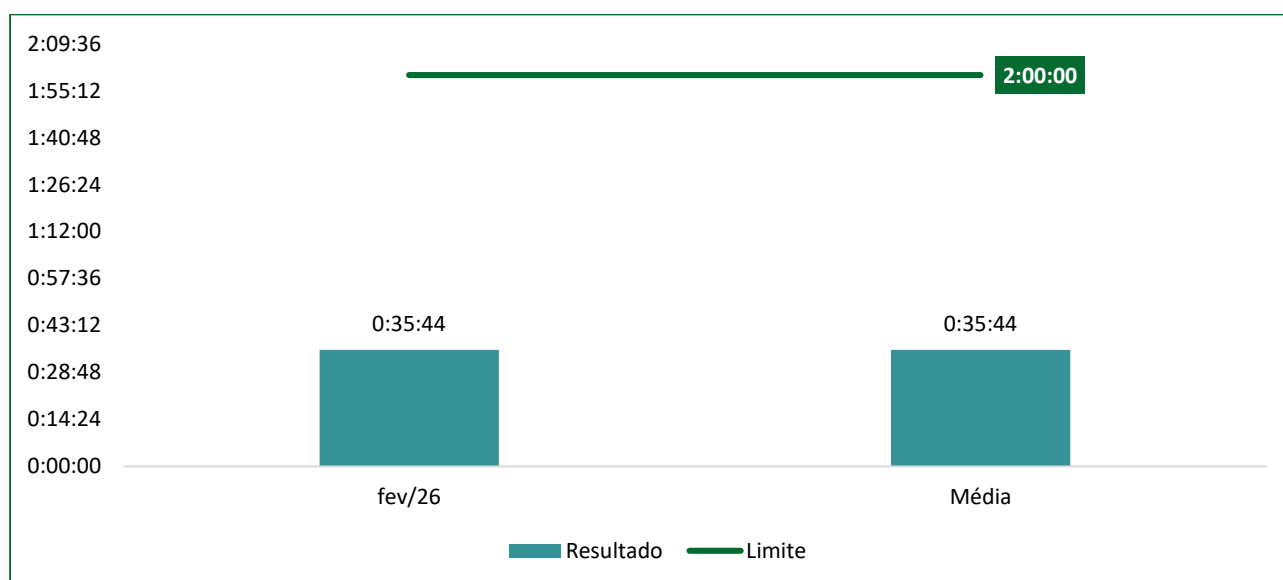
PSO: 140 pacientes.

É fundamental ressaltar que a totalidade desses 526 pacientes apresenta perfil clínico para absorção pela rede de atenção básica ou secundária Unidade Básica de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento. O fato de o hospital manter um tempo de espera reduzido mesmo diante dessa demanda espontânea de baixa complexidade reforça o

compromisso com a agilidade assistencial. No entanto, a presença expressiva desses casos sugere a necessidade de reforçar o fluxo de contra referência, visando otimizar os recursos hospitalares para casos de maior gravidade. Em suma, o indicador permanece em conformidade rigorosa com o contrato de gestão, evidenciando agilidade na triagem e no atendimento médico.

Apesar dessa limitação analítica, os tempos observados em todas as unidades permaneceram significativamente abaixo da meta institucional, demonstrando que os pacientes classificados como não urgentes foram atendidos em tempo oportuno, sem prejuízo à priorização dos casos de maior gravidade. Dessa forma, conclui-se que o indicador apresentou melhora em relação ao mês anterior, com manutenção do desempenho dentro dos parâmetros pactuados

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



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

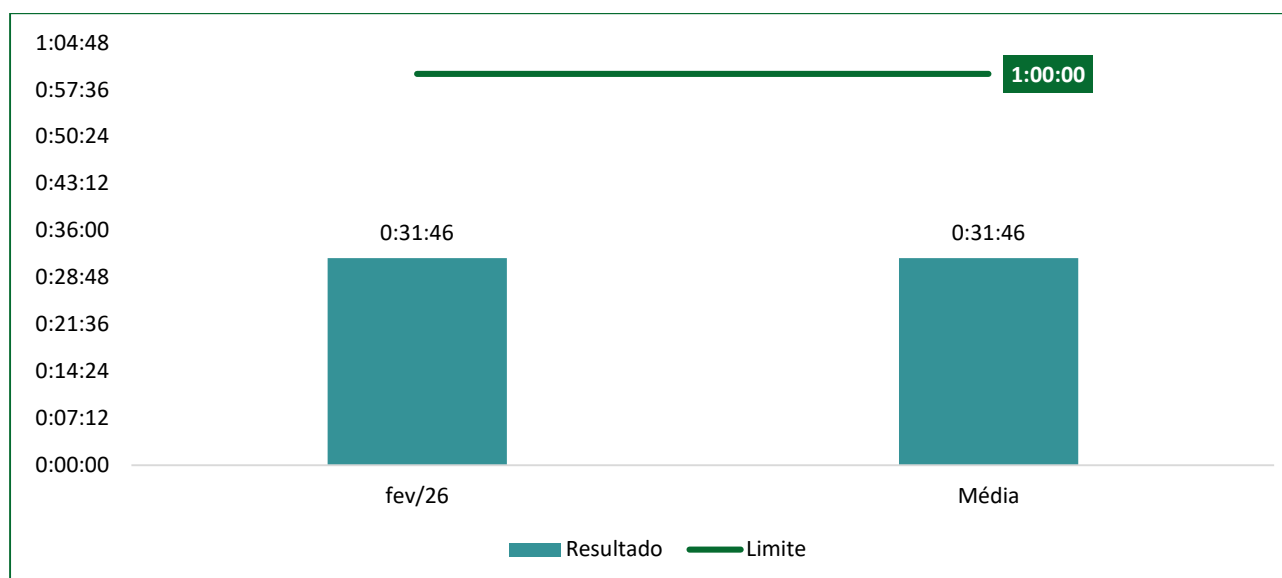
O desempenho do presente indicador demonstra uma manutenção da eficiência operacional, com resultados significativamente abaixo do limite estabelecido de 120 minutos (02:00:00). Na comparação entre janeiro de 2026 e fevereiro de 2026, observa-se uma redução no tempo médio de espera, que passou de 00:37:12 para 00:35:44. Esta melhora ocorre mesmo diante de um aumento no volume de atendimentos dessa categoria, que subiu de 4.602 para 4.965 pacientes no período.

A análise do perfil de demanda em fevereiro revela dados cruciais para a gestão da rede: dos 4.965 pacientes classificados como "Verde" (Pouco Urgente) representam 69,5% da demanda total de 7.144 pacientes classificados no mês e do total de casos verdes, a maior concentração ocorreu no PA Infantil (PAI) com 2.967 atendimentos, seguido pelo PS Geral (PSG) com 1.301 e pelo PS Obstétrico (PSO) com 697. Embora a unidade hospitalar

esteja cumprindo a meta com excelência utilizando apenas 29,7% do tempo máximo permitido a alta prevalência de pacientes classificados como "Verde" (quase 70% do total) evidencia uma sobrecarga de casos que poderiam ser referenciados para a rede básica (UBS) ou unidades de pronto atendimento (UPA). A concentração expressiva no Pronto Atendimento Infantil reforça a necessidade de estratégias de educação em saúde visando preservar a estrutura hospitalar para casos de maior complexidade.

Destaca-se ainda que a priorização dos casos de maior gravidade pode refletir em aumento do tempo de espera dos pacientes verdes, sem prejuízo à segurança assistencial. Dessa forma, conclui-se que o indicador apresenta resultado satisfatório, com manutenção do padrão de atendimento dentro dos limites pactuados.

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



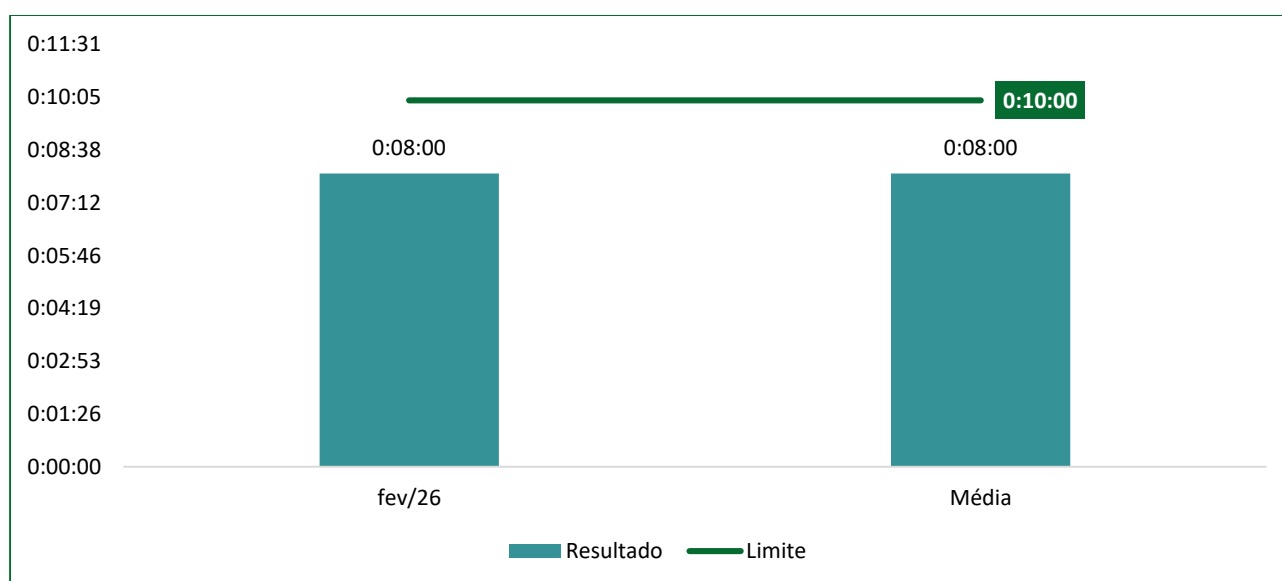
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O indicador que monitora o tempo médio de espera para pacientes classificados como Amarelo (Urgente), demonstra um desempenho consistente e plenamente alinhado às metas contratuais de 60 minutos (01:00:00). Na comparação entre os meses de janeiro e fevereiro de 2026, observa-se uma estabilidade operacional notável: o tempo médio de espera variou de 00:31:06 para 00:31:46, representando um acréscimo marginal de apenas 40 segundos. No mês de fevereiro, a unidade realizou o atendimento de 1.404 pacientes nesta categoria, apresentando a seguinte distribuição por pronto socorro: PSG: 607 atendimentos, PAI: 582 atendimentos. Pronto Socorro Obstétrico 215 atendimentos. Embora tenha havido uma leve redução no volume total de pacientes amarelos em relação a janeiro (que registrou 1.443 atendimentos), a manutenção do tempo de espera na casa dos 31 minutos evidencia a prontidão da equipe assistencial em absorver casos de urgência.

O resultado atual utiliza apenas 53% do tempo limite permitido, garantindo a segurança clínica e a agilidade necessária para casos que demandam intervenção rápida. Em suma, o indicador permanece em conformidade rigorosa, refletindo a eficiência dos fluxos de triagem e o adequado dimensionamento das equipes para o atendimento de pacientes urgentes nas três frentes assistenciais (Geral, Infantil e Obstétrica).

Dessa forma, conclui-se que o indicador manteve desempenho satisfatório e estável em janeiro/2026, com leve melhora em relação a dezembro/2025, evidenciando organização dos fluxos assistenciais e efetividade na priorização dos atendimentos conforme a classificação de risco.

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



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

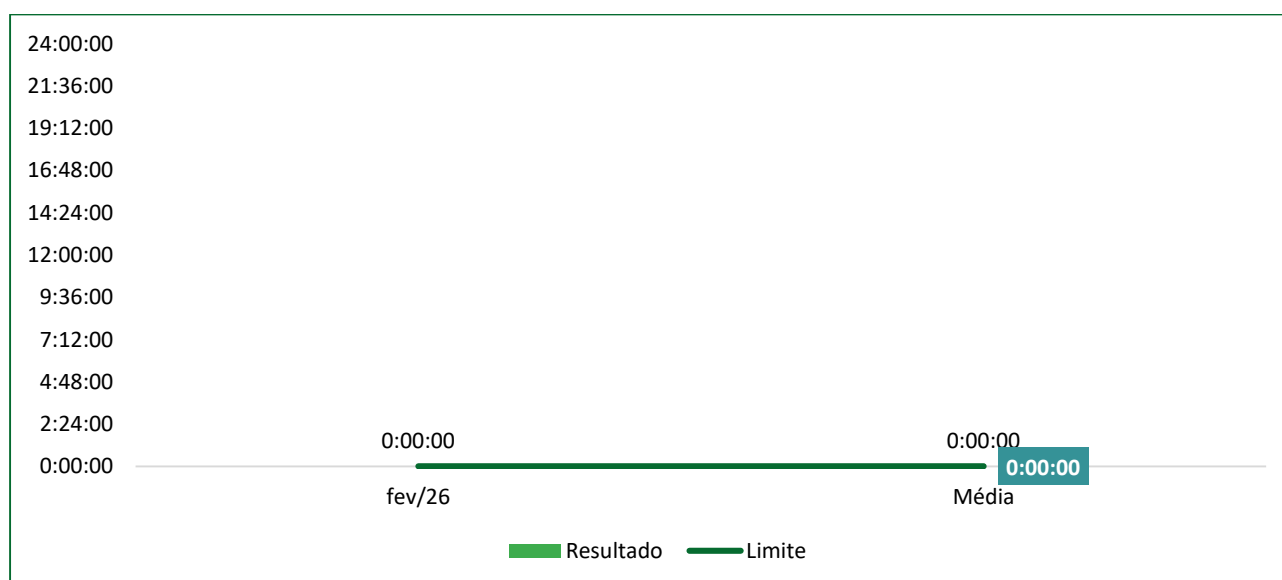
O indicador que monitora o tempo médio de espera para pacientes classificados como Laranja (Muito Urgente), apresentou um desempenho de extrema estabilidade e eficiência, mantendo-se rigorosamente dentro da meta contratual de 10 minutos (00:10:00). Na comparação entre os meses de janeiro e fevereiro de 2026, o tempo médio de espera permaneceu estático em 00:08:00. Esse resultado demonstra uma prontidão imediata da equipe assistencial para casos de alta prioridade clínica, utilizando apenas 80% do tempo limite estabelecido.

No mês de fevereiro, a unidade registrou um total de 241 atendimentos nesta categoria, com a seguinte distribuição por pronto-socorro: PAI: 195 atendimentos, Pronto Socorro Geral: 42 atendimentos e Pronto Socorro Obstétrico: 4 atendimentos. A concentração expressiva de casos "Muito Urgentes" no Pronto Atendimento Infantil (80,9% do total laranja) reforça a importância da agilidade assistencial e do suporte especializado pediátrico na unidade. A manutenção do tempo de espera em 8 minutos, mesmo diante de

variações no volume total de pacientes (247 em janeiro contra 241 em fevereiro), evidencia que o fluxo de atendimento para casos críticos está consolidado e não sofre impacto negativo de oscilações na demanda geral. Em conclusão, o indicador apresenta plena conformidade, garantindo o atendimento rápido necessário para a estabilização de pacientes com risco iminente, conforme preconizado no contrato de gestão.

O desempenho alcançado demonstra que os pacientes classificados como muito urgentes estão sendo atendidos em tempo oportuno, conforme preconizado pelo Protocolo de Classificação de Risco, garantindo segurança assistencial e rápida intervenção nos quadros de maior gravidade. Dessa forma, conclui-se que o indicador apresentou resultado satisfatório, mantendo-se dentro da meta institucional e evidenciando organização dos fluxos assistenciais e adequada priorização dos atendimentos conforme a gravidade clínica.

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



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

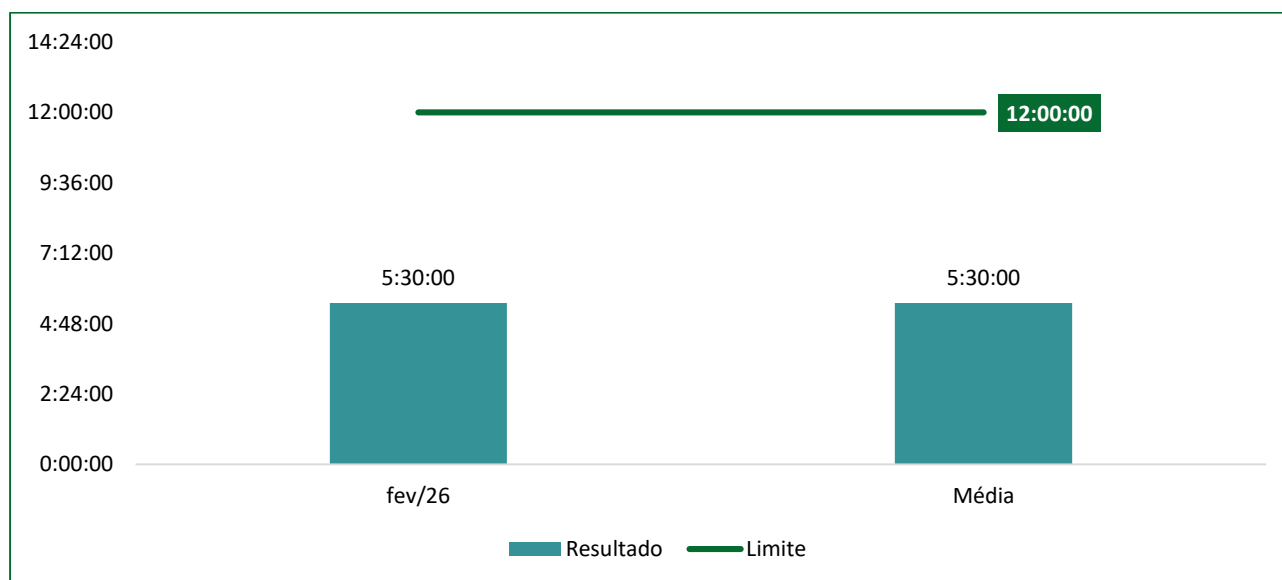
O indicador que estabelece a obrigatoriedade de atendimento imediato (00:00:00) para pacientes classificados como Vermelho (Emergência), apresenta um desempenho de excelência absoluta, mantendo o cumprimento integral da meta. A análise comparativa entre janeiro e fevereiro de 2026 demonstra a manutenção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

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

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

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

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



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O presente indicador tem como objetivo monitorar o tempo médio de permanência dos pacientes no Pronto-Socorro Geral (PSG), sendo calculado a partir da soma dos tempos de permanência dividida pelo número de pacientes internados via pronto atendimento. A meta estabelecida no contrato de gestão é manter o tempo médio de

permanência inferior a 12 horas, parâmetro importante para garantir a rotatividade de leitos, a fluidez do atendimento e a segurança assistencial. No mês de fevereiro de 2026, o tempo médio de permanência no Pronto-Socorro Geral PSG foi de 05:30 horas, resultado que permanece significativamente abaixo da meta pactuada, demonstrando desempenho satisfatório do serviço e adequada gestão do fluxo assistencial. Em comparação com o mês de janeiro de 2026, quando o indicador apresentou tempo médio de 06:00 horas, observa-se redução de 30 minutos no tempo médio de permanência, evidenciando melhoria na dinâmica de atendimento e maior agilidade na condução dos casos clínicos e encaminhamentos necessários. Importante destacar que, com a transição da gestão para a nova Organização Social, houve reorganização do modelo assistencial no Pronto Socorro Geral.

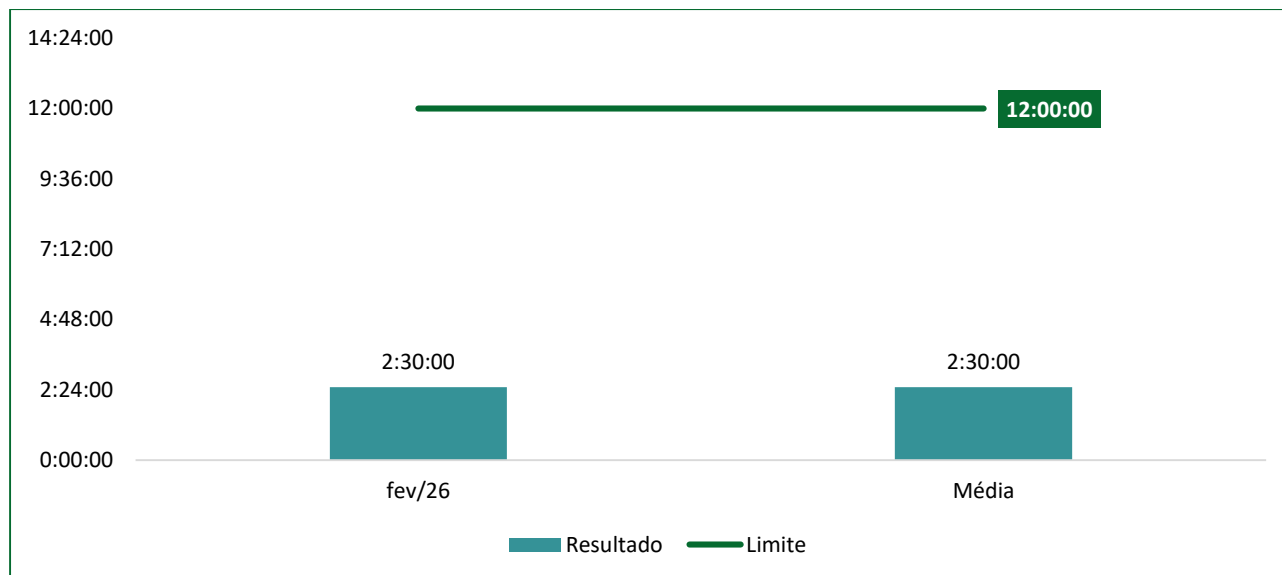
Atualmente, o setor conta com um médico dedicado ao atendimento da sala de emergência e um médico responsável pelo atendimento das fichas de demanda espontânea, organização que contribui para maior resolutividade e melhor distribuição da carga assistencial. Além disso, muitos pacientes atendidos no Pronto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

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

Assim, observa-se que parte do tempo registrado no indicador não está relacionada à morosidade do atendimento inicial, mas sim às limitações estruturais e assistenciais para desospitalização ou transferência. Apesar desses fatores, o desempenho observado em fevereiro/2026 demonstra que o serviço conseguiu manter o tempo médio de permanência dentro da meta institucional. Recomenda-se a continuidade do monitoramento do indicador, bem como o fortalecimento das estratégias de giro de leito, articulação com o Núcleo Interno de Regulação NIR e corpo clínico e integração com a rede de atenção, visando

minimizar impactos da permanência prolongada no Pronto Socorro Geral e assegurar maior fluidez no atendimento aos pacientes.

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



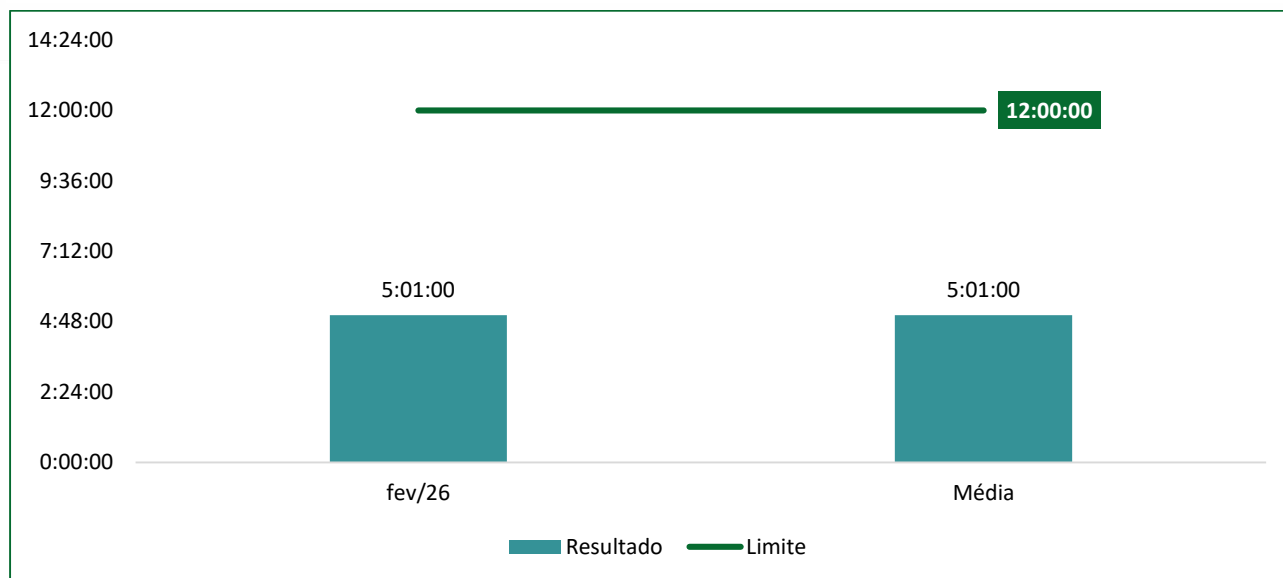
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

A análise do indicador Manter o tempo médio de permanência no Pronto Socorro Obstétrico até 12 horas revela um cenário de alta eficiência operacional e plena conformidade com as metas pactuadas no contrato de gestão. O acompanhamento da série histórica demonstra que a unidade mantém o tempo de permanência significativamente abaixo do limite máximo estabelecido, o que reflete a agilidade nos processos de triagem, diagnóstico e tomada de decisão clínica. Ao realizar o comparativo entre os meses de janeiro e fevereiro de 2026, observa-se uma variação pontual nos resultados.

Em janeiro, o tempo médio registrado foi de 02:15:00, enquanto em fevereiro o indicador fechou em 02:30:00. Este incremento de 15 minutos (aproximadamente 11% em relação ao mês anterior) caracteriza-se como uma oscilação estatística comum à rotina de pronto atendimento, podendo ser atribuída a fatores sazonais, ao perfil de gravidade das pacientes admitidas no período ou ao tempo de resposta de exames complementares. Apesar deste leve aumento, o resultado de fevereiro de 2026 permanece extremamente satisfatório, representando apenas 20,8% do teto máximo de 12 horas.

A manutenção de um tempo médio de 2,5 horas no Pronto Socorro Obstétrico é um indicador indireto de qualidade assistencial e segurança do paciente, pois: otimiza o fluxo de atendimento, pois evita a aglomeração na unidade de emergência e garante o giro de leitos necessário para a demanda espontânea, reduz riscos assistenciais a desospitalização ágil ou o encaminhamento rápido para a internação definitiva minimiza a exposição das gestantes a ambientes de alta rotatividade e reflete na eficiência assistencial

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



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026)

O indicador que monitora o tempo médio de permanência no Pronto Atendimento Infantil (PAI) com a meta de manter o fluxo assistencial em até 12 horas, apresenta um desempenho sólido e consistente com as diretrizes do contrato de gestão. A análise dos dados demonstra que a unidade opera com uma margem de eficiência elevada, mantendo os tempos médios de permanência significativamente inferiores ao limite estabelecido.

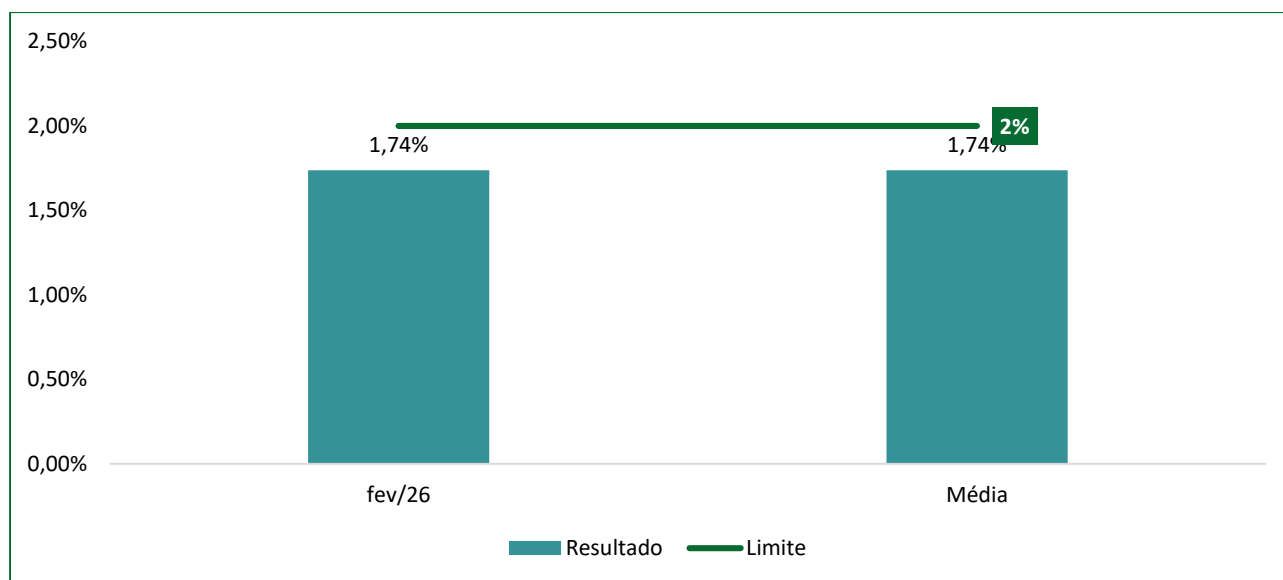
No comparativo entre os meses de janeiro de 2026 e fevereiro de 2026, observa-se uma leve variação ascendente no indicador. Enquanto em janeiro o tempo médio registrado foi de 04:55:00, o mês de fevereiro encerrou com a marca de 05:01:00. Este acréscimo de apenas 6 minutos representa uma variação percentual mínima, de aproximadamente 2%, o que indica uma notável estabilidade operacional no período de transição entre os meses. Mesmo com essa sutil oscilação, o resultado de fevereiro (05:01:00) permanece em conformidade rigorosa com a meta pactuada, utilizando menos de 42% do tempo total permitido pelo indicador. Tal performance sugere que os processos de triagem, observação clínica e encaminhamento para internação ou alta estão devidamente integrados, garantindo que o paciente pediátrico receba o desfecho assistencial de forma célere.

A manutenção desses índices abaixo das 12 horas é fundamental para a gestão de riscos na pediatria, pois: previne a superlotação pois a agilidade no giro de leitos do PAI garante capacidade de resposta para novos atendimentos de urgência, garante a Qualidade Assistencial o que reduz o tempo de permanência de crianças em ambientes de pronto atendimento, que são naturalmente mais dinâmicos e estressantes, favorecendo a segurança do paciente e otimiza os recursos o que demonstra eficácia na aplicação da fórmula de cálculo, que correlaciona o tempo total de permanência ao número de pacientes

efetivamente internados via Pronto atendimento. Em conclusão, o indicador I26 cumpre integralmente o Plano de Trabalho estabelecido, assegurando que a unidade continue oferecendo um fluxo de atendimento ágil e seguro, mesmo diante das variações de demanda típicas do período sazonal pediátrico.

Ressalta-se que o resultado alcançado em janeiro/2026 manteve-se dentro da meta institucional, refletindo a organização do fluxo assistencial do Pronto atendimento infantil, bem como a atuação das equipes na condução dos atendimentos, internações e altas de forma oportuna. Dessa forma, conclui-se que, embora tenha ocorrido variação em relação ao mês anterior, o desempenho do indicador permanece satisfatório, sem comprometimento do padrão assistencial.

Gráfico 34: Taxa global de infecção Hospitalar



Fonte: SCIH HMA (2026)

Em fevereiro, foram investigados 299 pacientes, dos quais 10 novas Infecção relacionada a assistência à saúde em um total de 576 saídas hospitalares (altas e óbitos), resultando em uma taxa global de 1,74% de Infecções relacionadas a assistência à saúde.

Perfil das Infecções Notificadas

Os 10 casos confirmados de Infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS) distribuíram-se da seguinte forma:

- 02 (duas) ITRI (Infecção do Trato Respiratório Inferior relacionada à Ventilação Mecânica) na UTI Adulto, com isolamento de Pseudomonas

Aeruginosa.

01(um) PAV (Pneumonia Associada a Ventilação mecânica) na UTI Adulto, com isolamento de BGN, ainda em identificação.
03(três) IPCSL (Infecção Primária da Corrente Sanguínea) com isolamento das bactérias *Serratia Marcescens*, *Staphylococcus epidermidis*, CGP ainda em identificação e *Staphylococcus spp*, divididas nos setores de Clínica médica, e UTI adulto.

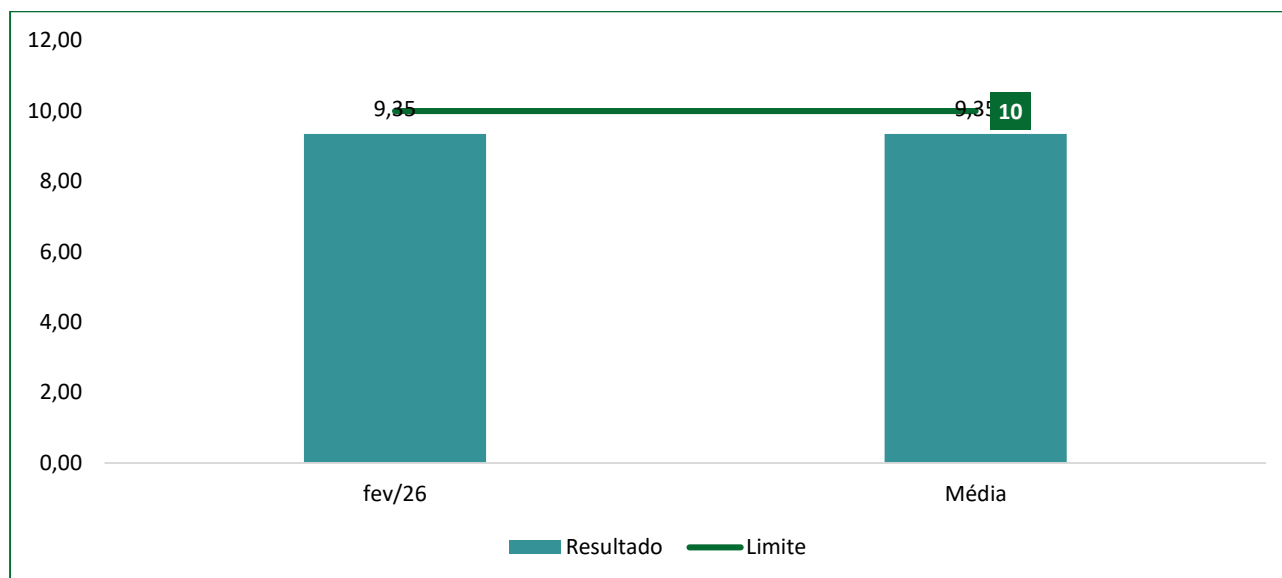
- 02 (duas) ITU - AC (Infecção do trato urinário relacionado a sonda vesical de demora) com isolamento das bactérias *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia Coli*, ocorridas na Clínica médica.
- 01 ITU (Infecção do trato urinário) com isolamento de bactéria *Staphylococcus Aureus*, ocorrida na UTI neonatal.
- 01 Conjuntivite com isolamento de bactéria *Staphylococcus Aureus*, ocorrida em paciente internado em longa permanência na Unidade terapia intensiva neonatal, qual ainda permanece em internamento em decorrência da gravidade

Desfechos Clínicos

Do total de casos de novas Infecção relacionada a assistência à saúde IRAS 2 pacientes evoluíram a óbito dentro de 14 dias após a identificação da infecção, resultando em uma letalidade por novas Infecção relacionada a assistência à saúde de 20%. Os pacientes estavam internados em Unidade de Terapia Intensiva adulto, em estado crítico, sob uso de drogas vasoativas em altas doses, com prognóstico de óbito já esperado em decorrência da gravidade do caso.

A análise comparativa entre os meses anteriores mostra um aumento da taxa de infecções, passando de 1,65% em janeiro para 1,74em fevereiro. Apesar do aumento, mantivemos a taxa dentro do limite aceitável que é de até 2%.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de fevereiro a vigilância de Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica (PAV) revelou 1 novo caso, com isolamento de Bactéria Gran Negativa ainda em identificação. Esse número correspondeu a uma densidade de incidência de 9,35. De ventilação mecânica. Este indicador ficou abaixo da meta institucional estipulada (≤ 10) entretanto, tivemos também na Unidade de Terapia Intensiva geral 2 casos de Infecção do trato respiratório inferior com isolamento de Pseudomonas Aeruginosa em ambos os casos, quais evoluíram para óbito, em virtude da gravidade do caso. Apesar de mantermos o indicador de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica dentro da meta aceitável, os dois casos de Infecção do trato respiratório inferior, o que reflete a não eficácia das práticas preventivas adotadas na Unidade de Terapia Intensiva adulto, como Higienização oral, manutenção das cabeceiras elevadas à 45°, observação contínua das condições do sistema de ventilação, apesar das constantes orientações realizadas pelo médico infectologista durante as visitas multidisciplinares.

O caso de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica trata de um paciente na Unidade de Terapia Intensiva adulto sendo isolado Bactéria Gran Negativa ainda em identificação de microrganismo que segue sendo assistido nesta instituição. **Análise do Contexto Assistencial:** Os casos notificados tratam-se de pacientes com fatores de risco significativos para infecções nosocômios, incluindo Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica e Infecção do trato respiratório inferior.

Em janeiro, observou-se 1 caso de pneumonia associada à ventilação mecânica (PNM), com pacientes-dia em Ventilação Mecânica, resultando em densidade de 6,71.

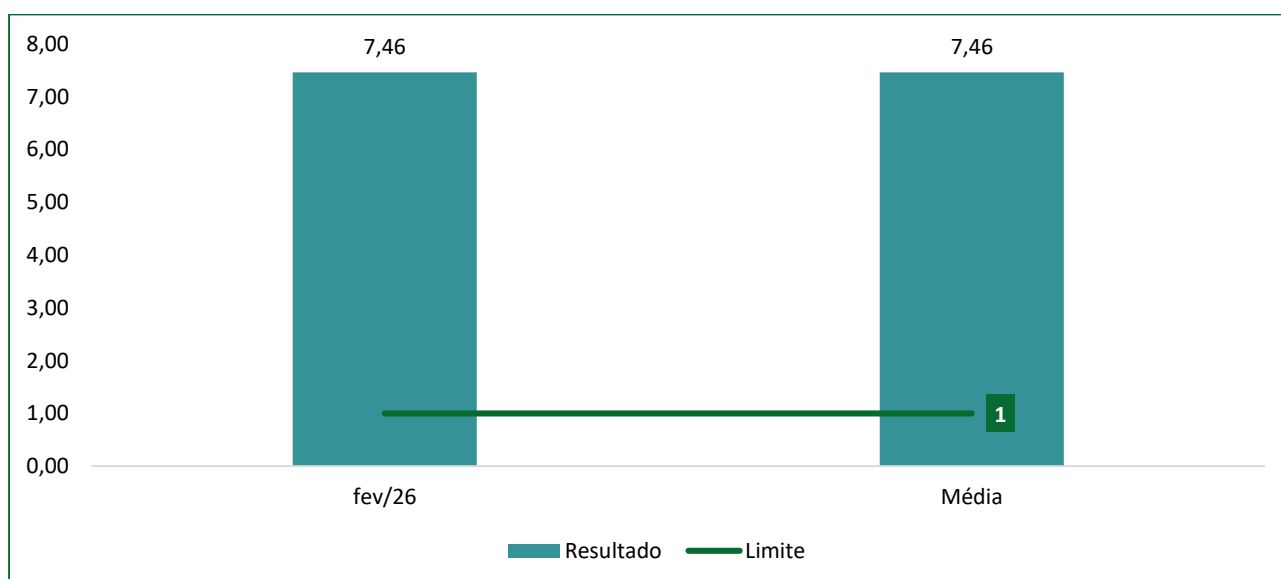
Demonstrando uma crescente de densidade em decorrência do baixo número de pacientes em Ventilação Mecânica:

Plano de ação

Será reforçada a adesão ao bundle de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, com o objetivo de reduzir o risco de novas ocorrências dessa infecção na Unidade de Terapia Intensiva Geral. A ação terá início dentro dos próximos 15 dias, sendo conduzida pela equipe multiprofissional composta por enfermagem, fisioterapia e médicos. Para sua implementação, serão realizadas auditorias semanais dos dados compilados do bundle, incluindo manutenção da cabeceira do leito elevada entre 30° e 45°, realização de higiene oral com clorexidina, avaliação diária da possibilidade de extubação, aspiração adequada de vias aéreas e manejo do circuito ventilatório conforme protocolo institucional. A execução desta ação não acarretará custos adicionais à instituição.

Será realizada a revisão do protocolo de prevenção de infecção respiratória, com o objetivo de atualizar as práticas assistenciais e padronizar as condutas adotadas pela equipe multiprofissional. A ação será conduzida pela equipe de Setor de Controle de Infecção Hospitalar em conjunto com o Núcleo de Gestão da Qualidade, com prazo de execução de até 30 dias. A revisão consistirá na análise técnica do protocolo institucional vigente, com base nas diretrizes nacionais e internacionais relacionadas à prevenção de infecções respiratórias associadas à assistência à saúde. A implementação desta ação não implicará custos adicionais para a instituição.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de fevereiro, foi registrado 2 casos de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC) entre os 268 pacientes expostos ao uso de Cateter vesical de demora, resultando em uma densidade de infecção de 7,46 apresentando um índice acima do limite estabelecido ($\leq 1\%$), o que representa falhas na adesão aos processos institucionais de prevenção de Infecção do Trato Urinário relacionada a Cateter vesical de demora. Necessitando de uma atenção redobrada, principalmente nos setores com taxa de maior permanência do paciente, como a clínica médica que apresentou os dois, mesmo com as frequentes orientações voltados para importância de evitar as invasões desnecessárias, prática de desinvasão precoce, promovendo a retirada do cateter assim que clinicamente possível, reforço das práticas de higiene, especialmente quanto à Higienização do meato uretral e da extensão do Cateter vesical de demora.

Os 02 casos de ITU - AC (Infecção do trato urinário relacionado a sonda vesical de demora), apresentaram isolamento das bactérias Klebsiella pneumoniae e Escherichia Coli, ocorridos na Clínica médica. Após liberação do exame constatando as bactérias, foram submetidos a antibioticoterapia e receberam alta com melhora total do quadro.

A comparação direta entre o mês de janeiro na Infecção do Trato Urinário associada a Cateter Vesical (ITU-CV), apesar de ter sua densidade diminuída, ainda mantém-se muito aquém do desejável, evidencia a necessidade de medidas adicionais de prevenção desta infecção.

O desempenho segue expressando a necessidade de formação cultural das equipes no conceito de controle de infecção relacionado ao uso de dispositivo vesical de demora.

Plano de ação

Será realizada a reformulação e implantação do bundle de prevenção de Infecção do Trato Urinário associada à sonda vesical de demora, bem como a revisão e reforço do protocolo institucional de inserção, manutenção e retirada da Cateter vesical de demora, com a finalidade de padronizar as práticas assistenciais e reduzir fatores de risco relacionados ao uso do dispositivo. As ações serão iniciadas dentro de quinze dias e implementação progressiva no curto prazo, sob responsabilidade do Setor de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Gestão da Qualidade, coordenação de enfermagem e equipe assistencial.

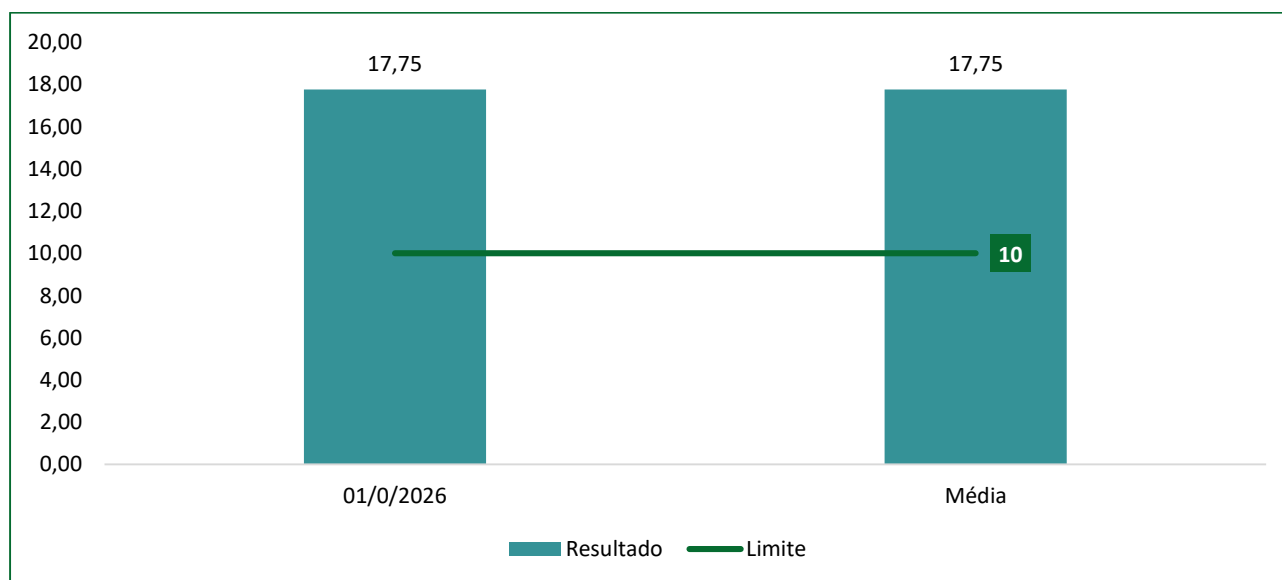
A operacionalização das medidas ocorrerá por meio da capacitação da equipe multiprofissional, abordando as indicações adequadas para sondagem vesical, técnica

asséptica durante a inserção, manutenção do sistema de drenagem fechado, fixação adequada do dispositivo, posicionamento correto da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, realização de higiene perineal adequada e avaliação diária da necessidade de permanência da sonda, priorizando sua retirada o mais precocemente possível quando não houver indicação clínica.

Adicionalmente, serão realizadas auditorias assistenciais periódicas para avaliar a adesão ao bundle de prevenção, com devolutiva sistemática dos resultados à equipe e discussão em reuniões assistenciais, visando sensibilizar os profissionais e promover melhoria contínua das práticas. Paralelamente, será realizado o monitoramento sistemático do indicador de na Infecção do Trato Urinário associada a Cateter Vesical, permitindo acompanhar a tendência do indicador e avaliar a efetividade das intervenções implementadas.

A execução das ações ocorrerá com utilização dos recursos institucionais já disponíveis, sem custos adicionais, sendo esperado como resultado a redução progressiva da taxa de na Infecção do Trato Urinário associada associada à sonda vesical de demora até atingir a meta estabelecida de ≤ 1 , contribuindo para a qualificação da assistência e para o fortalecimento das práticas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de fevereiro, foram identificados 3 novos casos de Infecção Primária da Corrente Sanguínea associada ao Cateter Venoso Central (IPCSL-CVC) entre os 169 pacientes expostos ao uso desse dispositivo, resultando em uma densidade de infecção de 17,75.

A comparação entre o mês de janeiro qual apresentou densidade de 18,86 no indicador de densidade de incidência de infecção associada a CVC (IPC-CVC) evidencia que as rotinas da SCIH em conjunto ao departamento assistencial necessitam maior presencialidade nos ambientes críticos afim de diminuir/eliminar a incidência de Infecções Primária da Corrente Sanguínea.

Os 03 IPCSL (Infecção Primária da Corrente Sanguínea) apresentaram isolamento das bactérias *Serratia Marcescens*, *Staphylococcus epidermidis*, *Coccus Gran Positivo* ainda em identificação e *Staphylococcus spp*, divididas nos setores de Clínica médica, Unidade de Terapia Intensiva adulto.

Plano de ação

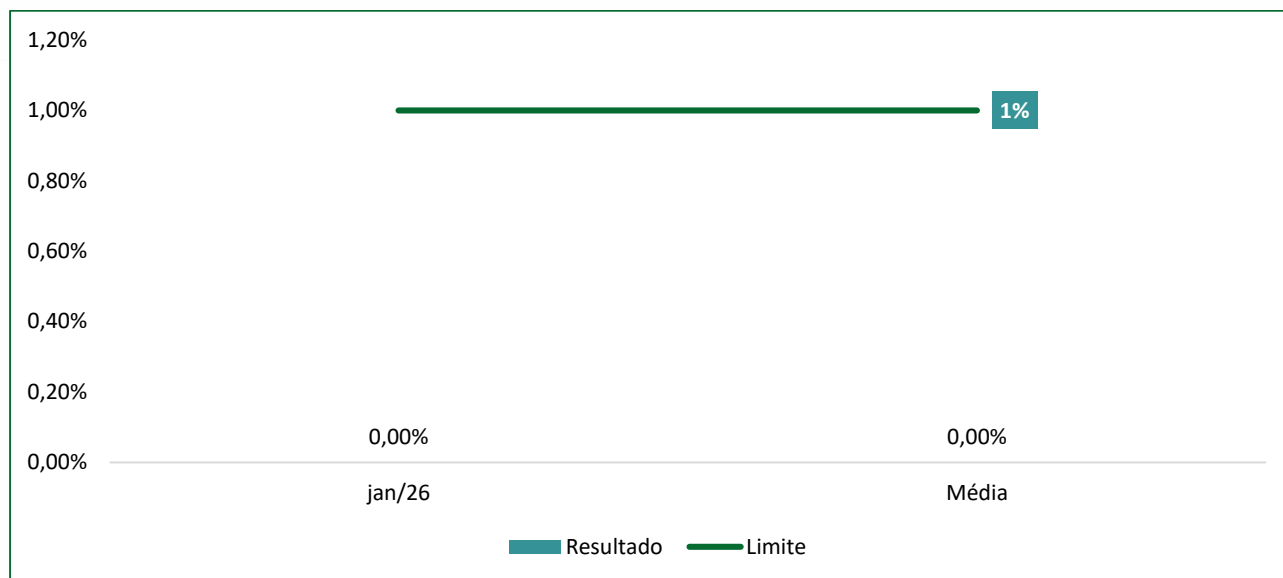
Será realizada a reformulação e implantação do bundle de inserção e manutenção de cateter, com a finalidade de padronizar as práticas assistenciais e reduzir fatores de risco relacionados ao uso do dispositivo. As ações serão iniciadas dentro de quinze dias e implementação progressiva no curto prazo, sob responsabilidade da Setor de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Gestão da Qualidade, coordenação de enfermagem e equipe assistencial.

A operacionalização das medidas ocorrerá por meio da capacitação da equipe multiprofissional, abordando as indicações adequadas para inserção, manutenção do cateter, fixação adequada do dispositivo, avaliação diária da necessidade de permanência do cateter, priorizando sua retirada o mais precocemente possível quando não houver indicação clínica.

Adicionalmente, serão realizadas auditorias assistenciais periódicas para avaliar a adesão ao bundle de prevenção, com devolutiva sistemática dos resultados à equipe e discussão em reuniões assistenciais, visando sensibilizar os profissionais e promover melhoria contínua das práticas. Paralelamente, será realizado o monitoramento sistemático do indicador de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial, permitindo acompanhar a tendência do indicador e avaliar a efetividade das intervenções implementadas.

A execução das ações ocorrerá com utilização dos recursos institucionais já disponíveis, sem custos adicionais, sendo esperado como resultado a redução progressiva da taxa de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial até atingir a meta estabelecida de ≤ 10 , contribuindo para a qualificação da assistência e para o fortalecimento das práticas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de fevereiro, o setor de Qualidade e o Setor de Controle de Infecção Hospitalar realizaram o monitoramento de 203 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na instituição, utilizando a metodologia de busca ativa por acompanhamento telefônico pós-alta. A amostra contemplou 148 cirurgias gerais (procedimentos limpos realizados no Centro Cirúrgico Geral - CCG) e 55 cesarianas (realizadas no Centro Cirúrgico Obstétrico - CCO).

Até o fechamento desta análise, não foram confirmados casos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), o que resulta em um índice global de 0,00%. Este valor permanece dentro dos padrões de excelência esperados para cirurgias limpas, que estabelecem taxas inferiores a 1%. É importante ressaltar que os dados ainda podem sofrer atualizações nas próximas semanas, dado que o período de vigilância epidemiológica estende-se por 30 dias para cirurgias sem prótese e até 90 dias para procedimentos com implante de próteses.

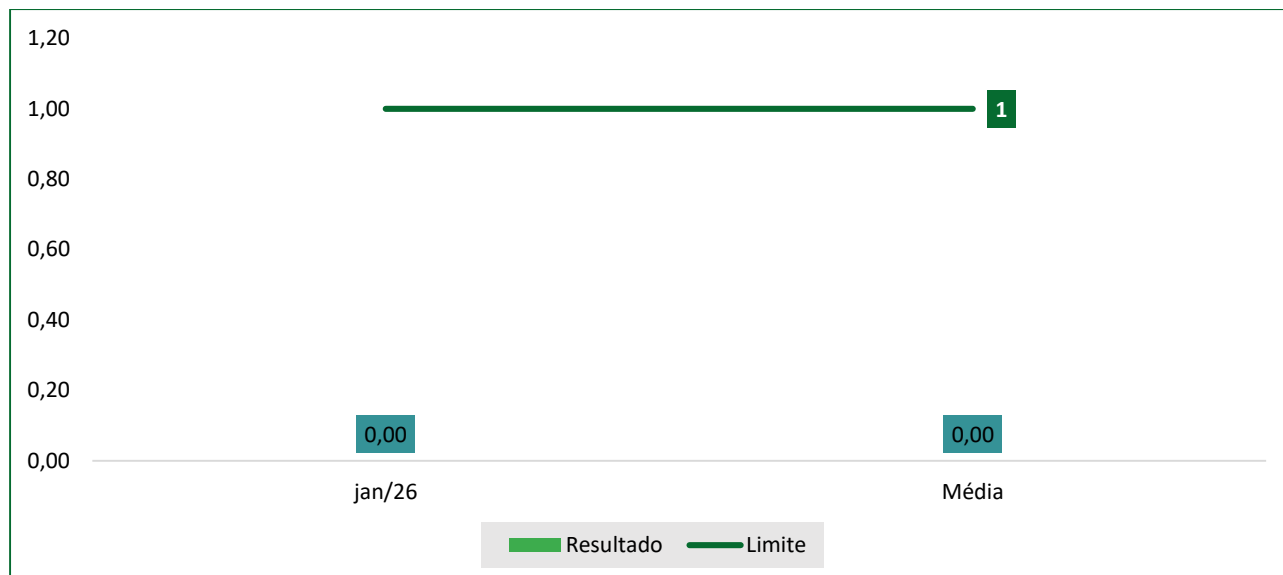
Apesar do índice zerado, a análise técnica identificou pontos críticos na coleta de dados, visto que diversas tentativas de contato telefônico não obtiveram sucesso, o que pode gerar uma subnotificação dos indicadores reais. Para mitigar esse risco e otimizar a identificação precoce de possíveis infecções, a equipe do Setor de Controle de Infecção Hospitalar manterá a vigilância ativa e propôs uma reformulação na estratégia de busca.

Plano de ação

O imediato consiste na aquisição de um número de WhatsApp institucional e na implementação de um formulário via Google Forms. Esta ferramenta contará com perguntas diretas e simplificadas ao paciente sobre possíveis alterações no pós-operatório, visando

aumentar a taxa de resposta e garantir a fidedignidade do indicador de segurança do paciente.

Gráfico 39: Incidência de Quedas



Fonte: Qualidade HMA (2026)

A análise do indicador de quedas entre os meses de janeiro e fevereiro evidencia, sob o ponto de vista estritamente numérico, uma aparente melhoria no desempenho institucional. No mês de janeiro, foram notificados 01 evento de queda, resultando em taxa de 0,54 quedas por 1.000 pacientes-dia, decorrente de 1.925 pacientes-dia no período, posicionando-se ligeiramente acima da meta institucional estabelecida (≤ 1). Este resultado sinalizou a necessidade de atenção ampliada por parte da equipe assistencial, especialmente considerando a natureza evitável desse evento adverso, conforme preconizado pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013, que estabelece diretrizes para a promoção da segurança do paciente e a implementação de estratégias sistemáticas de prevenção, monitoramento e mitigação de riscos.

Em fevereiro, por sua vez, não foram registrados eventos de queda notificados, o que, à primeira análise, poderia indicar resultado plenamente satisfatório e alinhado às metas institucionais de segurança do paciente. Entretanto, sob uma perspectiva crítica e epidemiológica, tal resultado deve ser interpretado com prudência analítica, uma vez que a ausência de notificações não necessariamente corresponde à inexistência de ocorrências assistenciais, podendo refletir possíveis lacunas no processo de registro e notificação de eventos adversos.

Nesse sentido, a literatura e a experiência em gestão da qualidade apontam que a subnotificação de incidentes constitui desafio recorrente em sistemas de vigilância em saúde, podendo decorrer de fatores como sobrecarga assistencial, fragilidades na cultura

de segurança, desconhecimento dos critérios de notificação ou percepção equivocada de irrelevância de eventos sem dano aparente.

Dessa forma, ao comparar os dois períodos, observa-se que janeiro apresentou cenário mais fidedigno de monitoramento, com registro e análise detalhada dos eventos ocorridos, permitindo identificação de fatores contribuintes relevantes, tais como:

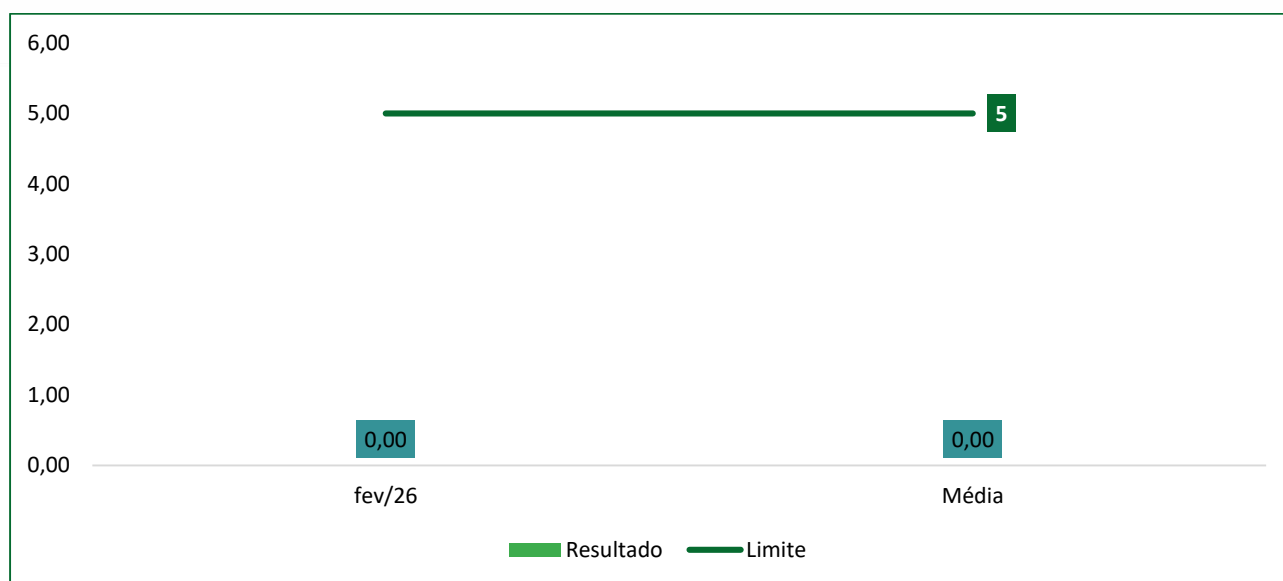
Comportamento de pacientes e acompanhantes com baixa adesão às orientações de segurança;

Fragilidade na percepção de risco por parte de usuários e familiares; necessidade de reforço contínuo das estratégias educativas e preventivas, especialmente em contextos assistenciais específicos, como unidades cirúrgicas e alojamento conjunto.

Cabe destacar que a instituição mantém ações estruturadas de prevenção, incluindo treinamentos quinzenais promovidos pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, atividades previstas no Plano Anual de Treinamento (PAT), utilização de escalas de avaliação de risco de queda, sinalização dos pacientes por meio de pulseira amarela, além de inspeções periódicas nas unidades assistenciais com foco na identificação de riscos ambientais e estruturais.

À luz dessa análise, conclui-se que, embora fevereiro apresente ausência de notificações de quedas, a interpretação do indicador deve ser conduzida de maneira crítica e contextualizada. A manutenção de uma cultura institucional de segurança baseada na transparência, aprendizado e vigilância ativa é fundamental para assegurar que os indicadores reflitam, de maneira fidedigna, a realidade assistencial, possibilitando intervenções oportunas e sustentáveis na prevenção de novos eventos adversos. Dessa forma, conclui-se que o indicador encontra-se dentro da meta institucional e apresenta tendência de melhora em relação ao período anterior, refletindo desempenho satisfatório da equipe assistencial. Entretanto, recomenda-se manutenção das estratégias preventivas vigentes, intensificação da vigilância de pacientes de alto risco e continuidade das ações de educação permanente, a fim de garantir a sustentabilidade do resultado e minimizar a ocorrência de novos eventos.

Gráfico 40: Incidência de Úlcera por pressão



Fonte: Qualidade HMA (2026)

A análise comparativa do indicador de Lesão por Pressão (LPP) entre os meses de janeiro e fevereiro demonstra, que no mês de janeiro e fevereiro, foram registrados 0 casos de Lesão por Pressão.

Sob uma perspectiva estritamente quantitativa, tal cenário poderia sugerir melhoria substancial na efetividade das medidas preventivas implementadas pela equipe assistencial, refletindo maior adesão às práticas de prevenção, como avaliação sistemática de risco, mudanças periódicas de decúbito, manejo adequado da umidade, utilização de superfícies de suporte e monitoramento contínuo da integridade cutânea. Entretanto, uma análise crítica mais aprofundada recomenda cautela na interpretação desses resultados, uma vez que a inexistência de notificações não necessariamente traduz a inexistência real de ocorrências assistenciais.

Nesse contexto, deve-se considerar a possibilidade de subnotificação de eventos, fenômeno reconhecido em sistemas de vigilância assistencial e que pode decorrer de fatores como falhas no processo de registro, desconhecimento dos critérios de classificação das lesões, sobrecarga assistencial ou ainda fragilidades na cultura de segurança institucional. Assim, a ausência de notificações em fevereiro pode refletir uma lacuna no processo de monitoramento e reporte, e não necessariamente uma redução efetiva da incidência de Lesão por Pressão.

Adicionalmente, destaca-se que, no período analisado, foram identificados 03 casos de Lesão por Pressão de origem comunitária, ou seja, pacientes que já ingressaram na instituição apresentando lesões previamente instaladas. Nesses casos, foram prontamente instituídas boas práticas assistenciais voltadas ao manejo terapêutico das

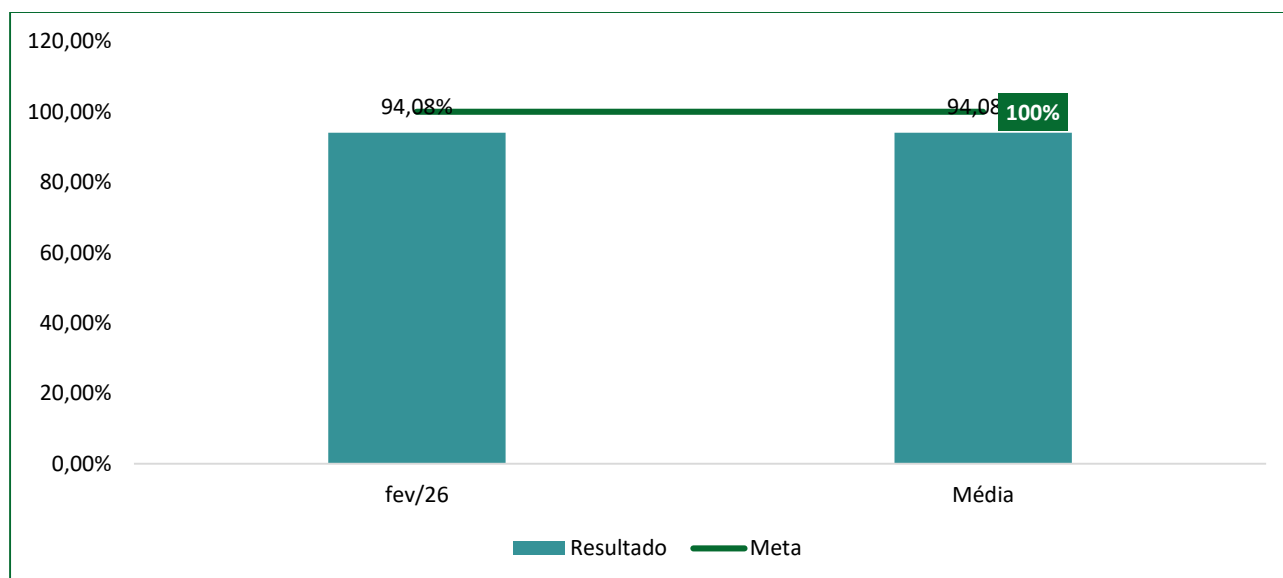
lesões e à prevenção do surgimento de novas áreas de pressão, incluindo avaliação sistematizada da pele, implementação de protocolos de cuidado específico, otimização do posicionamento e acompanhamento multiprofissional.

A presença desses casos comunitários reforça a importância da avaliação criteriosa no momento da admissão hospitalar, permitindo a adequada distinção entre lesões adquiridas na comunidade e aquelas potencialmente associadas ao cuidado em saúde, garantindo maior fidedignidade aos indicadores institucionais.

Conclui-se, portanto, que embora o indicador de fevereiro apresente resultado aparentemente favorável, é imprescindível fortalecer as estratégias de sensibilização das equipes quanto à importância da notificação adequada, bem como reforçar os processos de auditoria assistencial e educação permanente, assegurando que os indicadores reflitam, de forma fidedigna, a realidade do cuidado prestado. Tal abordagem possibilita monitoramento mais preciso dos riscos assistenciais e aprimoramento contínuo das práticas de segurança do paciente.

Dessa forma, daremos continuidade das ações educativas, o monitoramento permanente do indicador, auditorias assistenciais periódicas e a reavaliação contínua do risco individual dos pacientes, especialmente aqueles com maior vulnerabilidade clínica. A sustentação desse desempenho requer o fortalecimento da cultura de segurança, garantindo que a prevenção da Lesão por Pressão permaneça como prioridade institucional.

Gráfico 41: Taxa de cumprimento do checklist de cirurgia segura



Fonte: Qualidade HMA (2026)

No mês de fevereiro de 2026, a taxa de conformidade alcançou 94,08%, correspondente ao preenchimento de 318 checklists em um total de 338 cirurgias realizadas. O resultado evidencia avanço progressivo do indicador, representando diminuição de 2,85 pontos percentuais em relação a janeiro, consolidando a efetividade das medidas estruturadas no plano de ação institucional.

Embora o resultado demonstre tendência consistente de melhoria do processo, o indicador ainda não atingiu a conformidade ideal de 100% configurando cenário de não conformidade parcial, mas a melhoria observada em fevereiro está diretamente relacionada à intensificação do monitoramento sistemático, às devolutivas periódicas às equipes assistenciais, à ampliação da presença da Coordenação de Enfermagem no centro cirúrgico e às ações educativas contínuas realizadas em serviço. Houve maior padronização do fluxo de conferência multiprofissional e redução significativa dos registros incompletos. Apesar do avanço expressivo e da aproximação da meta contratual, o indicador ainda demonstra necessidade de manutenção das estratégias de acompanhamento contínuo, com foco na consolidação da cultura de segurança e na eliminação das não conformidades remanescentes.

A não conformidade identificada está associada, de forma objetiva, a fatores como falhas no fluxo de conferência do checklist antes do início do procedimento, variabilidade na adesão entre equipes e turnos, rotatividade de profissionais, além da percepção equivocada de que o preenchimento do checklist pode ser flexibilizado em situações de urgência, o que não está alinhado às diretrizes de segurança cirúrgica preconizadas.

Diante desse cenário, foi estruturado um plano de ação institucional com foco na qualificação do processo e no alcance da conformidade plena. Entre as ações propostas, destaca-se o reforço das orientações às equipes cirúrgicas e de enfermagem quanto à obrigatoriedade do preenchimento integral do checklist em todos os procedimentos, independentemente do grau de urgência. Está prevista a padronização do momento de conferência do checklist, estabelecendo-o como etapa obrigatória antes da incisão cirúrgica, com responsabilização do cirurgião, anestesista e enfermagem. Para maior efetividade do plano de ação, o horário de entrada da enfermeira horizontal do eixo cirúrgico foi alterado, garantindo maior suporte principalmente na troca do plantão noturno para diurno a partir do dia 12/01/2026.

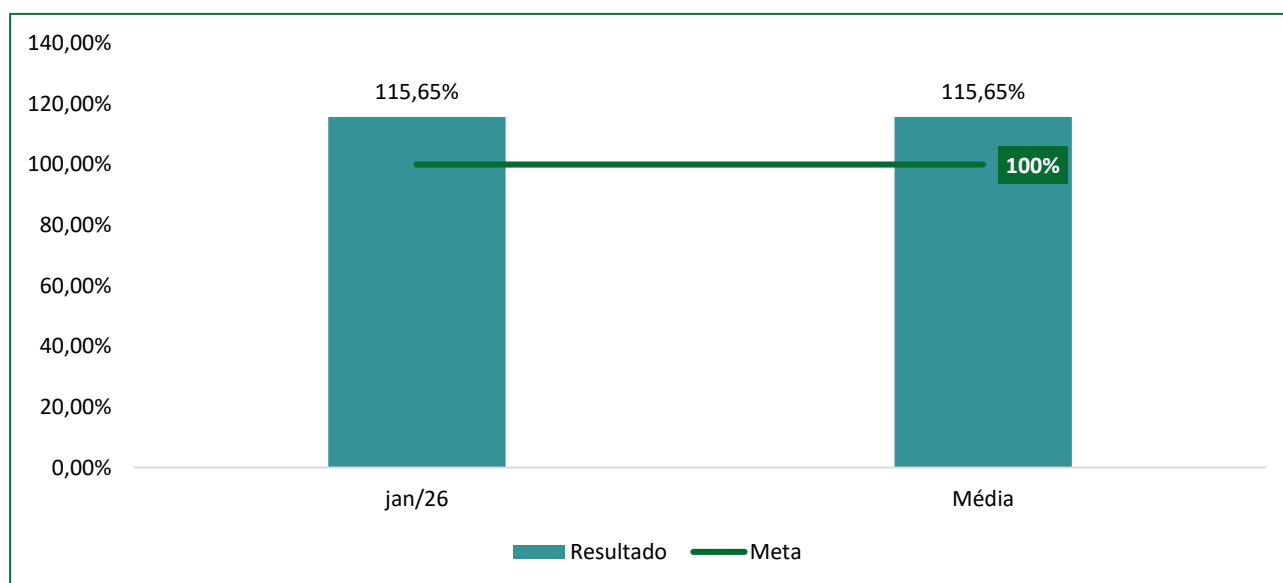
Adicionalmente, foi intensificado o monitoramento sistemático do indicador, com devolutivas periódicas às equipes assistenciais, permitindo a identificação precoce de falhas e a adoção de medidas corretivas em tempo oportuno. Foram realizadas ações educativas, incluindo treinamentos breves e orientações em serviço, especialmente voltadas aos profissionais recém-admitidos e aos turnos com menor adesão histórica. Foi implementada a revisão dos registros e auditorias internas, com foco na completude do preenchimento e na qualidade das informações registradas.

Por fim, o acompanhamento mensal do indicador permitirá avaliar a efetividade das ações implementadas e promover ajustes necessários, com o objetivo de alcançar e manter níveis de adesão iguais ou superiores a 95% fortalecendo a cultura de segurança do paciente e garantindo maior confiabilidade ao processo cirúrgico institucional.

Plano de Ação

Mantêm-se as ações estruturadas anteriormente descritas, destacando-se que: Em janeiro de 2026, iniciou-se a intensificação da supervisão presencial e reorganização do fluxo assistência e em fevereiro de 2026, observou-se impacto direto das ações implementadas, com aproximação da meta institucional estabelecida, o monitoramento mensal continuará sendo realizado de forma sistemática, com avaliação comparativa contínua dos indicadores e ajustes estratégicos quando necessários.

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



Disponibilização dos SADT Conforme Meta Pactuada

Fonte: Regulação HMA (2026)

No período de analisado de 2026, foram disponibilizadas 4.065 vagas para a realização de exames Serviço Ambulatorial de diagnose terapêutica eletivos, o que corresponde a 115,65% da meta pactuada no Contrato de Gestão, cujo parâmetro estabelece a disponibilização de 100% das vagas à Central de Regulação. O resultado demonstra que a unidade cumpriu a meta estabelecida.

No mesmo período, foram realizados 1.736 exames referentes à competência atual, além de 97 exames provenientes de competências anteriores, totalizando 1.833 exames

efetivamente realizados. Em relação às ausências, foram registradas 638 faltas de pacientes na competência atual, situação que impacta diretamente a eficiência da utilização das vagas ofertadas, ainda que não interfira no cumprimento do indicador específico de disponibilização das agendas para a Central de Regulação.

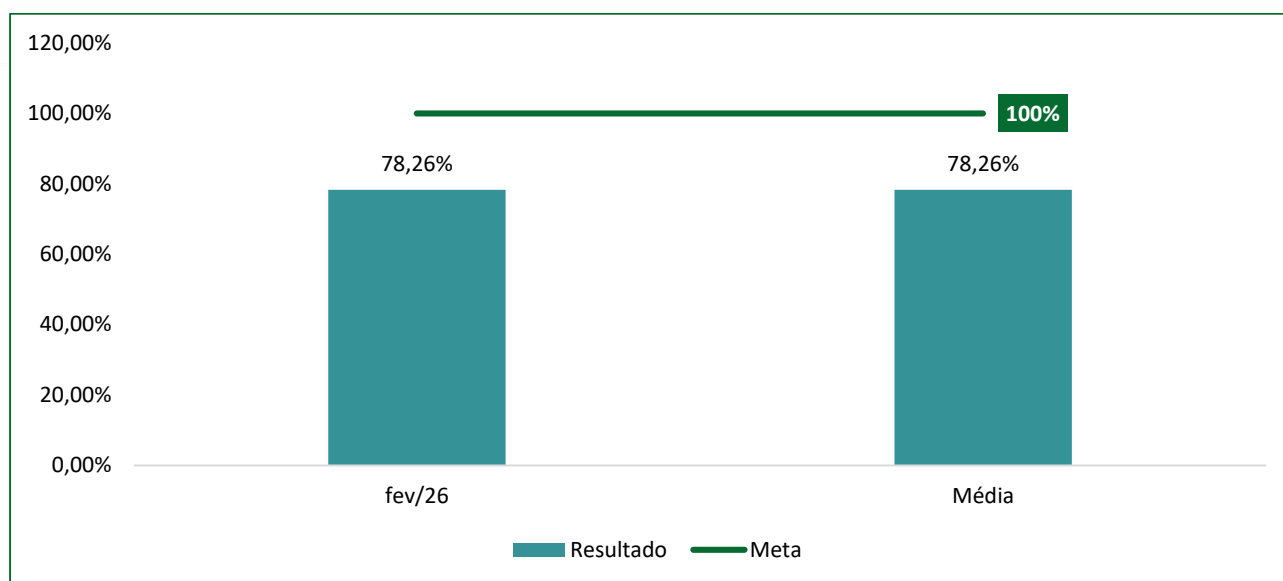
Entre os pontos positivos observados, destaca-se o comprometimento das equipes administrativas e assistenciais na organização e liberação das agendas no sistema de regulação, garantindo a oferta integral das vagas pactuadas. Ressalta-se ainda a ampliação da capacidade de oferta de exames, superando a meta contratual estabelecida, bem como o esforço institucional para absorver exames remanescentes de competências anteriores, contribuindo para a redução de demandas reprimidas.

Com o objetivo de manter o indicador dentro da meta pactuada, a gestão tem adotado ações voltadas ao monitoramento contínuo das agendas disponibilizadas, acompanhamento sistemático do quantitativo de vagas ofertadas à Central de Regulação e alinhamento permanente entre os setores responsáveis pelo agendamento e execução dos exames. Também são realizadas análises periódicas do desempenho do indicador, garantindo que a totalidade das agendas seja devidamente liberada no sistema de regulação conforme estabelecido contratualmente.

No que se refere à comparação com meses anteriores, observa-se manutenção do padrão de cumprimento da meta institucional, com a unidade mantendo a disponibilização integral das vagas para regulação. O resultado de fevereiro, ao apresentar percentual superior a 100%, evidencia inclusive um incremento na oferta de exames em relação ao pactuado, demonstrando capacidade operacional da instituição em ampliar o acesso da população aos exames diagnósticos eletivos.

De modo geral, o resultado obtido demonstra adequada gestão das agendas de exames e compromisso institucional com o cumprimento das metas contratuais, mantendo a disponibilização integral das vagas para a Central de Regulação e contribuindo para a organização do acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

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



Fonte: IPM Saúde (2026)

No período analisado de 2026, foram ofertadas 180 primeiras consultas, sendo 120 de Cardiologia (avaliação pré-sedação) e 60 de Plano de Parto, o que representou um alcance de 78,26% da meta contratual. Esse resultado demonstra uma redução no desempenho operacional quando comparado ao mês anterior janeiro de 2026, a unidade havia disponibilizado um total de 200 primeiras consultas (140 de Cardiologia e 60 de Plano de Parto), atingindo 86,96% da meta prevista no contrato de gestão.

Observa-se, portanto, uma variação negativa de 8,70 pontos percentuais entre os meses, decorrente principalmente da diminuição na oferta de consultas na especialidade de Cardiologia, bem como do menor número de dias corridos no mês de fevereiro.

Como estratégia para manutenção do desempenho dentro da meta estabelecida, a unidade seguirá com o monitoramento contínuo da oferta e da demanda assistencial, realizando acompanhamento sistemático das agendas disponibilizadas, análise periódica dos indicadores e alinhamento permanente junto à Secretaria Municipal de Saúde e à Central de Regulação Ambulatorial, visando assegurar a regularidade dos encaminhamentos e a ocupação adequada das vagas ofertadas. Essas ações buscam garantir a sustentabilidade dos resultados alcançados, promovendo continuidade da assistência, eficiência operacional e cumprimento das metas contratuais pactuadas.

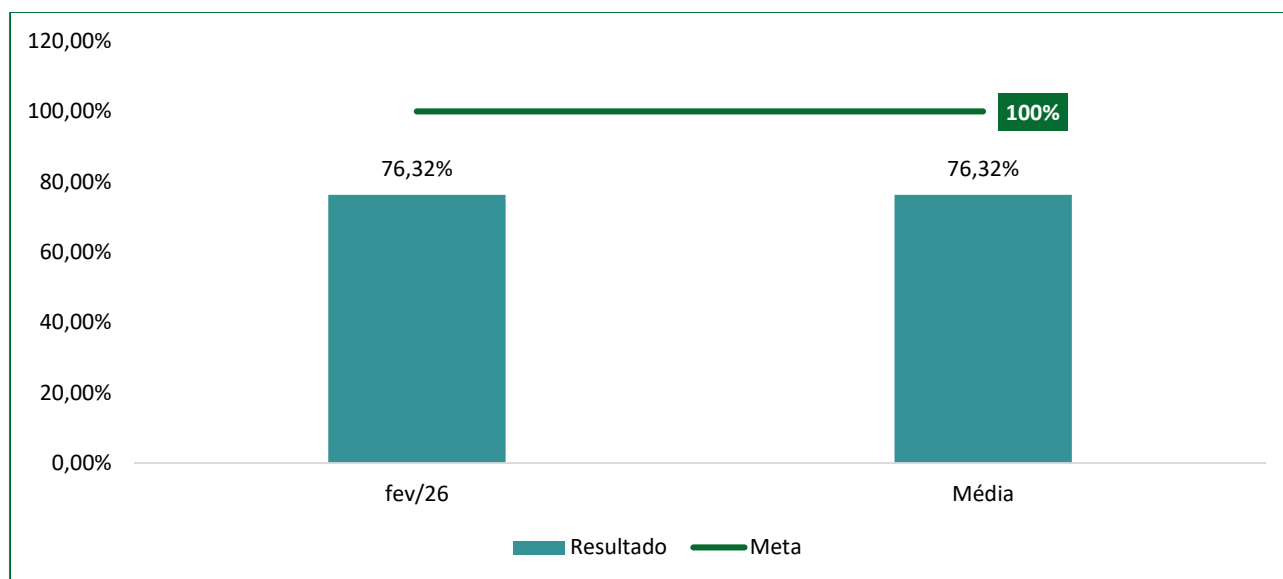
Plano de Ação

Como medida de adequação e transparência contratual, a unidade solicitou formalmente à Secretaria Municipal de Saúde, por meio de Ofício nº 5697/2025 (Anexo I), a paralisação temporária da meta contratual referente à especialidade de Cardiologia –

avaliação pré-sedação, até que haja regularização do fluxo regulatório e recomposição da demanda encaminhada, o qual encontra-se em tramitação, sem resposta até o presente momento.

Segue realizando o monitoramento sistemático da situação por meio da abertura do protocolo interno nº 2026004081, assegurando a rastreabilidade das tratativas, o acompanhamento das respostas institucionais e a avaliação contínua dos impactos assistenciais decorrentes das perdas regulatórias identificadas.

Gráfico 44: Utilização do Sistema de informação da SMSA



Fonte: IPM Saúde (2026)

No período analisado, foram agendados 443 atendimentos ambulatoriais dos quais 291 foram realizados, 112 ausências e 40 cancelados. Tivemos ainda 3.197 exames agendados, dos quais 1.736 realizados, 638 ausentes e 823 cancelados. Os 863 cancelamentos ocorreram devido a problema no aplicativo de WhatsApp conforme disposto no Ofício nº 5.791/2025, que impossibilitaram a comunicação efetiva com os pacientes para confirmação e orientação dos atendimentos. O Sistema Informatizado de Prontuário Médico registrou 76,32% de confirmações, sendo a não conformidade decorrente exclusivamente do cancelamentos.

Nesse contexto, registrou - se taxa de confirmação de 76,32%, sendo a principal causa da não conformidade relacionada diretamente aos cancelamentos decorrentes da falha no canal de comunicação utilizado para contato com os usuários do serviço. Dessa forma, observa-se que o resultado obtido não está associado a falhas operacionais das equipes assistenciais ou administrativas, mas sim a uma intercorrência tecnológica externa, que impactou o fluxo de confirmação e manutenção dos agendamentos.

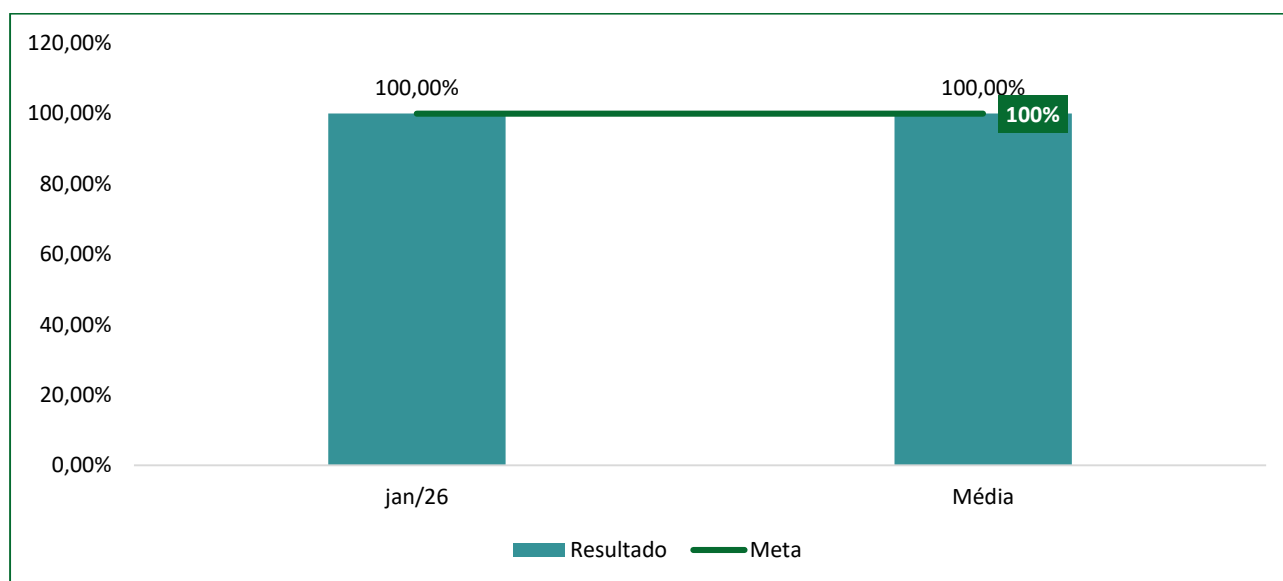
Em comparação com os meses anteriores, observa-se que o indicador vinha se mantendo em patamar mais próximo da meta institucional, evidenciando que a redução registrada no período avaliado ocorreu de forma pontual e circunstancial, associada ao problema técnico relatado no aplicativo de comunicação.

Plano de ação

Diante do cenário identificado, está em andamento a cotação de plataforma de comunicação com o paciente, com o objetivo de minimizar impactos semelhantes em períodos futuros,

Ressalta-se que tais medidas visam restabelecer a regularidade do fluxo de confirmações e garantir o pleno uso do sistema de informação, contribuindo para que o indicador retorne ao patamar esperado e alcance a meta institucional de 100% de utilização nos próximos períodos de monitoramento.

Gráfico 45: Número de atualizações diárias no censo da UTI



Fonte: NIR HMA (2026)

No mês analisado, a unidade cumpriu integralmente o envio do censo hospitalar ao Departamento de Urgência e Emergência, atingindo 100% das oportunidades previstas em contrato. As informações foram encaminhadas de forma regular, sistemática e padronizada, com 04 envios diários, nos horários pactuados de 09 horas, 14 horas e 18 horas, por meio de grupo oficial institucional no aplicativo WhatsApp, assegurando atualização contínua dos dados assistenciais e operacionais.

O desempenho alcançado reflete a organização dos fluxos internos, o alinhamento entre as equipes assistenciais e administrativas e a clareza das responsabilidades relacionadas ao preenchimento e envio do senso hospitalar.

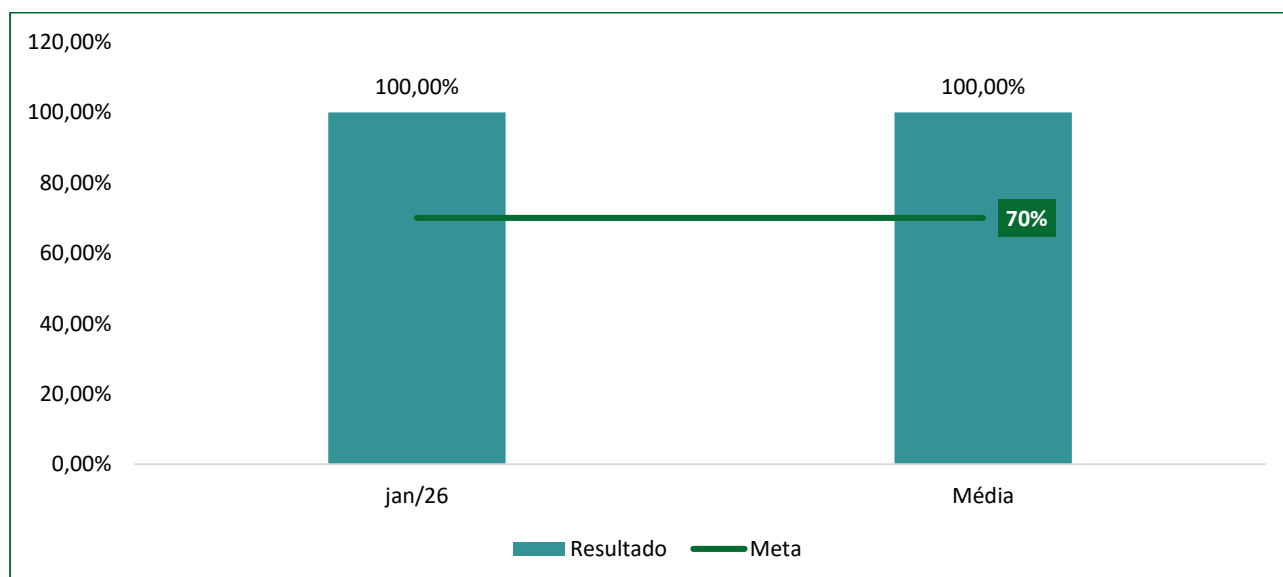
O cumprimento integral da meta demonstra maturidade do processo de comunicação institucional e contribui diretamente para a tomada de decisão na Urgência e Emergência, especialmente no que se refere à gestão de leitos e à regulação assistencial.

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

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

Para a manutenção do indicador dentro da meta, a unidade segue com ações contínuas de monitoramento, incluindo o acompanhamento do cumprimento dos horários estabelecidos, o reforço periódico das orientações às equipes responsáveis e a supervisão sistemática da rotina de envio, mantendo ativos os mecanismos de comunicação e controle institucional.

Gráfico 46: Qualidade de Alta Hospitalar



Fonte: NIR HMA (2026)

No mês analisado, a taxa de alta referenciada atingiu 100%, superando de forma expressiva a meta mínima pactuada de 70%. O resultado evidencia plena efetividade do processo de alta hospitalar, com o encaminhamento adequado de 576 pacientes,

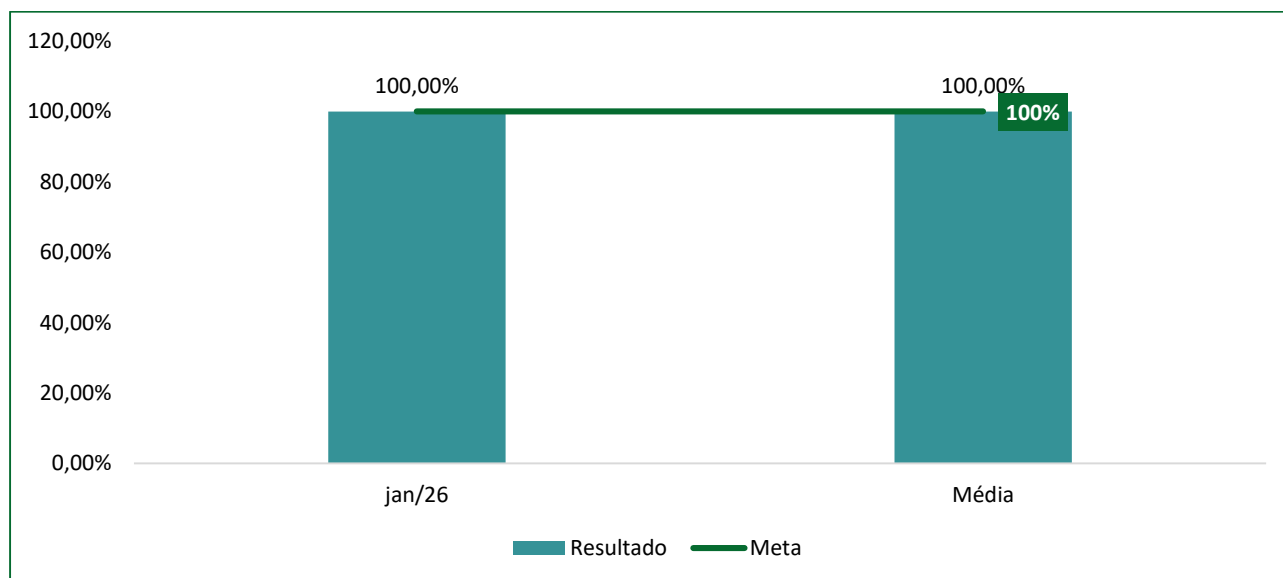
assegurando a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Em comparação ao mês de janeiro, quando foram registradas 537 altas referenciadas, observa-se redução no volume absoluto, sem prejuízo ao desempenho do indicador, que se manteve no patamar máximo.

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

Na comparação com os meses anteriores, observa-se a manutenção do desempenho máximo do indicador. No mês de novembro, a unidade também alcançou 100% (cem por cento) de altas referenciadas, envolvendo 599 (quinhentos e noventa e nove) pacientes, o que demonstra estabilidade, consistência dos processos e consolidação das práticas adotadas ao longo dos meses analisados.

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

Gráfico 47: Qualidade da alta hospitalar do RN



Fonte: NIR HMA (2026)

No mês analisado, foram registradas 169 altas referenciadas, correspondendo a 100% das altas do setor, evidenciando o cumprimento integral da meta estabelecida. Em comparação ao mês de dezembro, no qual foram contabilizadas 195 altas referenciadas,

observa-se uma discreta redução numérica, sem impacto negativo no desempenho do indicador, uma vez que a totalidade das altas manteve-se devidamente referenciada.

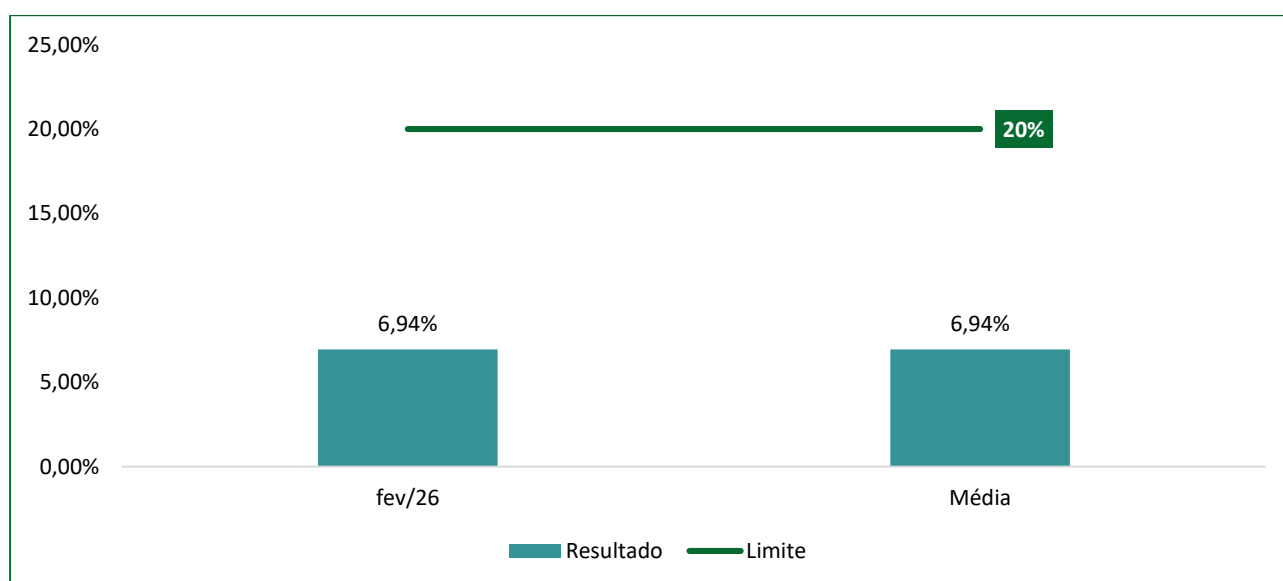
O resultado alcançado demonstra efetividade no processo de alta hospitalar, bem como adequada articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando a continuidade do cuidado aos pacientes após a saída da unidade. A manutenção do percentual de 100% reforça a consistência dos fluxos adotados, independentemente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

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

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

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

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



Fonte: CATE 1102 (2026)

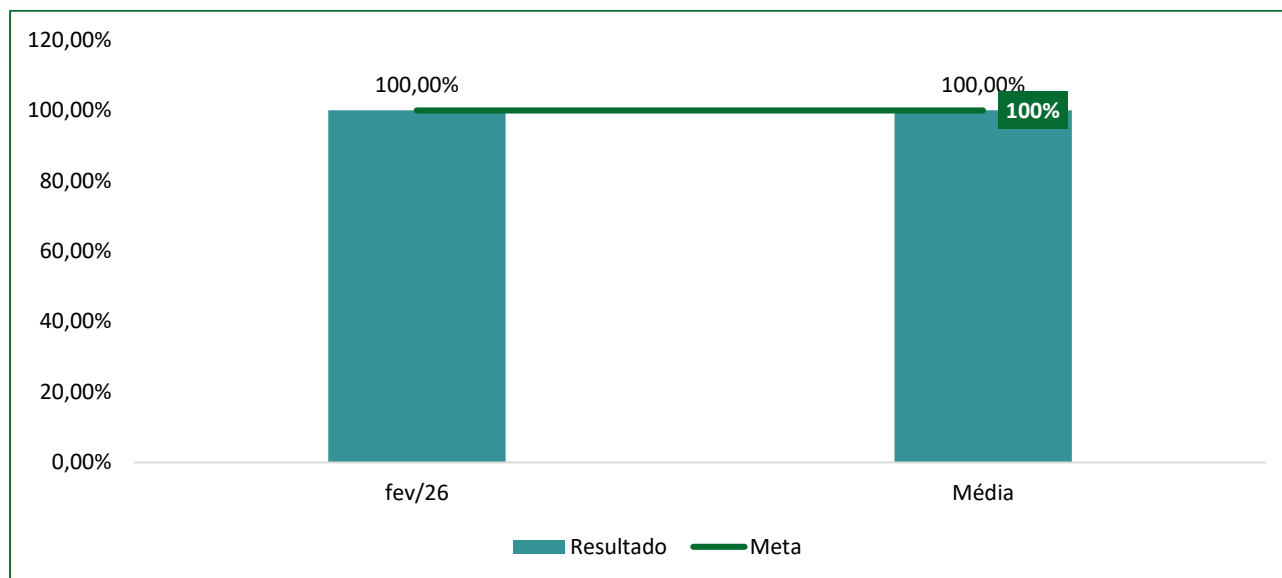
No mês analisado, foram registradas 40 readmissões hospitalares para um total de 576 internações, conforme apuração do Relatório CATE 1102, resultando em uma taxa de readmissão de 6,94%. Este resultado indica que o indicador permaneceu dentro dos parâmetros pactuados pela instituição, evidenciando um controle adequado do processo de alta hospitalar e a efetividade na continuidade do cuidado assistencial. Ao realizar o comparativo com o mês de janeiro, observa-se uma variação no desempenho, uma vez que naquele período a taxa foi de 5,69%, com 37 readmissões em um universo de 650 internações. Nota-se que, embora o número absoluto de internações tenha reduzido no período atual, houve um leve aumento nominal nas readmissões (de 37 para 40 casos), o que elevou o índice percentual em 1,25 ponto.

Apesar dessa oscilação, não foram identificadas falhas sistêmicas ou desvios que comprometessem a conformidade do indicador, ratificando a segurança dos protocolos de desospitalização vigentes. Recomenda-se a manutenção do monitoramento assistencial para assegurar que a taxa retorne aos patamares registrados no início do ano. A análise do desempenho demonstra que, apesar do aumento do volume absoluto de internações no período, a taxa de readmissão manteve-se em patamar aceitável, refletindo a efetividade das condutas clínicas, do planejamento de alta e do acompanhamento assistencial realizado durante a internação. As readmissões observadas estão predominantemente associadas à complexidade clínica dos pacientes atendidos, especialmente aqueles com doenças crônicas, quadros agudos de maior gravidade ou necessidade de reavaliação precoce, não se configurando como falhas sistemáticas do processo assistencial.

Como pontos positivos, destaca-se a atuação integrada das equipes multiprofissionais, a adesão aos protocolos clínico-assistenciais, o fortalecimento do planejamento de alta hospitalar e a comunicação efetiva entre os serviços assistenciais e de apoio. Ressalta-se, ainda, o comprometimento das equipes médicas, de enfermagem e do Núcleo Interno de Regulação (NIR) na condução segura das altas, priorizando a estabilidade clínica e a orientação adequada aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento.

Para a manutenção do indicador dentro da meta, a unidade realiza monitoramento sistemático das readmissões, com análise periódica dos casos, identificação das causas mais frequentes e discussão multiprofissional para definição de medidas preventivas. Permanecem reforçadas as estratégias de qualificação do processo de alta, incluindo reconciliação medicamentosa, orientações estruturadas, agendamento de acompanhamento ambulatorial quando indicado e articulação com a rede de atenção à saúde, especialmente com a Atenção Primária. Adicionalmente, são realizadas revisões clínicas dos casos de readmissão precoce, com foco na melhoria contínua da qualidade assistencial.

Gráfico 49: Percentual de registro hospitalar



Fonte: Faturamento HMA (2026)

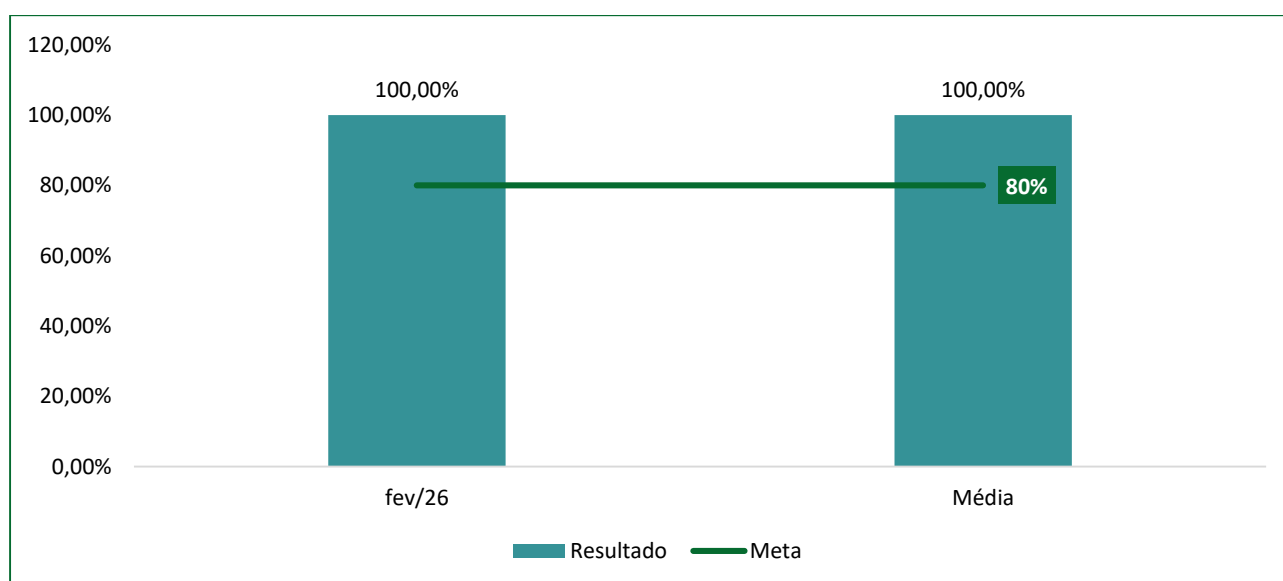
A análise detalhada dos resultados obtidos no mês de fevereiro de 2026 demonstra que a unidade mantém seu desempenho em estrita conformidade com as metas estabelecidas, registrando a apresentação de 586 Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para um total de 576 saídas hospitalares. A variação numérica entre esses indicadores é tecnicamente justificada pela incorporação de 11 Autorizações de Internação Hospitalar decorrentes de desdobramentos por reoperações ou mudanças de procedimento, bem como pela subtração de outras 11 Autorizações de Internação Hospitalar com duração inferior a 72 horas referentes ao mesmo diagnóstico, seguindo rigorosamente os critérios de faturamento vigentes. Ressalta-se que a validação final deste processo ocorre por meio do comprovante de transmissão da produção aprovada, disponibilizado pelo Núcleo de Auditoria em Saúde (NAS) no vigésimo dia do mês subsequente.

Em termos comparativos, a unidade apresenta uma trajetória de estabilidade e rigor técnico. No mês de janeiro de 2026, foram apresentadas 553 AIHs para 537 saídas hospitalares, mantendo o padrão de conformidade. Já em relação a dezembro de 2025, que registrou 640 Autorizações de Internação Hospitalar, observa-se uma redução no volume apresentado; entretanto, tal oscilação está diretamente relacionada a ajustes técnicos e critérios normativos do processo de faturamento, sem qualquer prejuízo às rotinas assistenciais ou administrativas. Como pontos positivos, destacam-se a precisão do setor de faturamento e a transparência na auditoria clínica, que asseguram a fidedignidade dos dados reportados ao contrato de gestão.

Para garantir que o indicador permaneça sendo atingido nos próximos meses, a unidade mantém o monitoramento sistemático e a análise crítica periódica dos fatores que

influenciam a ocupação e o faturamento. O foco contínuo na gestão orientada por dados permite a identificação antecipada de oscilações, prevenindo riscos de subutilização ou sobrecarga. Como ações estratégicas, a unidade mantém o uso do checklist de alta e revisões diárias de casos com permanência prolongada, além de monitorar as internações de zero dias para melhor qualificação do indicador assistencial. Adicionalmente, busca-se reduzir o tempo entre a emissão da Autorizações de Internação Hospitalar e a alocação em leito cirúrgico, utilizando reuniões multidisciplinares periódicas para discussão de casos críticos. Em suma, o resultado reflete a robustez dos processos gerenciais e o comprometimento das equipes, assegurando o equilíbrio entre eficiência operacional, previsibilidade institucional e acesso oportuno ao tratamento.

Gráfico 50: Manifestações da Ouvidoria



Fonte: Ouvidoria HMA (2026)

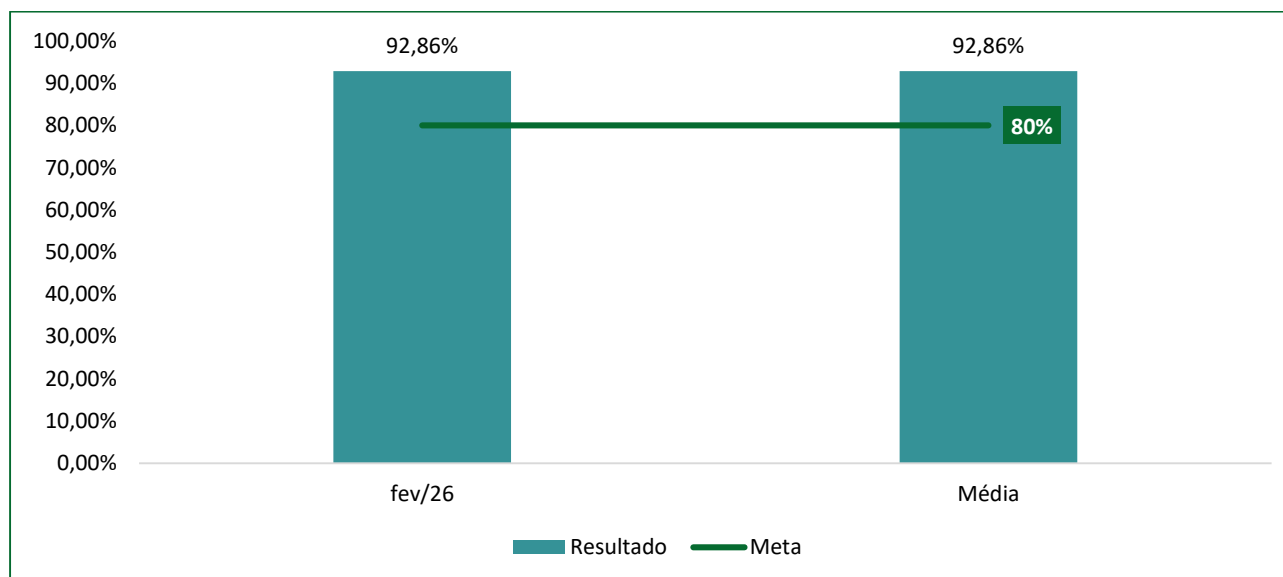
No mês de fevereiro, a unidade registrou um total de 10 manifestações, apresentando uma conformidade rigorosa quanto ao tempo de resposta e resolutividade. Em comparação ao mês de janeiro, que contabilizou 8 manifestações, observa-se uma variação quantitativa esperada, mantendo o indicador dentro dos parâmetros de controle. A distribuição dos canais de acesso com 4 atendimentos via canal online (Atende Net), 4 presenciais, 1 por telefone e 1 denúncia demonstra a capilaridade e a acessibilidade dos meios de comunicação oferecidos ao usuário, garantindo que diferentes perfis de público consigam registrar suas demandas de forma efetiva.

O desempenho positivo do período é reflexo da organização e do compromisso das equipes envolvidas. Como pontos fortes, destacam-se a resolutividade e a agilidade, uma vez que todas as demandas foram encaminhadas e respondidas dentro dos prazos regulamentares. O tratamento prioritário dado às denúncias reforça a cultura de transparência e ética da instituição. A integração entre a ouvidoria e os setores técnicos

permitiu que questões de qualidade assistencial, comunicação e gestão fossem endereçadas com precisão, assegurando que o usuário receba um retorno fundamentado e que as falhas apontadas sejam transformadas em oportunidades de melhoria.

Para garantir a sustentabilidade desses resultados e a manutenção da conformidade do indicador, a gestão mantém um ciclo ativo de melhoria contínua. Foram realizadas reuniões estratégicas de alinhamento com as equipes de ponta para aprimorar o acolhimento e fortalecer a comunicação interna, reduzindo ruídos que geram reclamações. Além disso, os coordenadores seguem executando planos de ação específicos para otimizar a eficiência das respostas. Essas medidas asseguram que a unidade não apenas cumpra prazos, mas avance na qualidade do desfecho de cada manifestação, consolidando um serviço de atendimento ao cidadão mais humano, organizado e focado na satisfação do usuário.

Gráfico 51: Atividades das comissões Obrigatórias



Fonte: Qualidade HMA (2026)

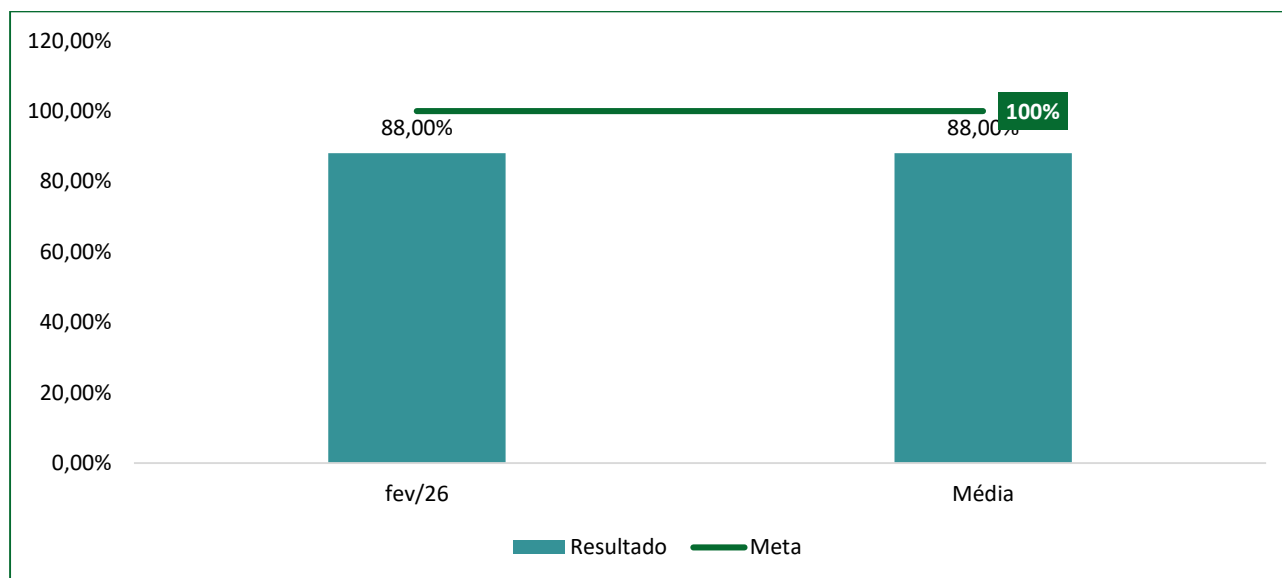
No mês de fevereiro, foram realizadas 13 das comissões obrigatórias previstas, além de uma obrigatória pelas Resoluções de Diretoria Colegiada e Diretrizes do Ministério da Saúde. O hospital conta com 17 comissões implantadas Listadas a seguir:

Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), Núcleo de Educação Permanente (NEP), Farmácia, Terapêutica e Padronização de insumos, medicamentos, saneantes e novas tecnologias (CFTP), Gerenciamento de resíduos (GR), Cuidados Paliativos, Proteção Radiológica, Humanização, Epidemiologia, Revisão de Prontuário, Serviço de Atendimento ao Usuário, Comitê Transfusional, Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA), Núcleo Interno de Regulação, Aleitamento Materno, Óbito adulto, Óbito materno, infantil e neonatal, as

duas últimas foram separadas para garantir maior efetividade nas análises. Dentre essas, quinze comissões são obrigatórias por contrato, e duas encontram-se em conformidade com a legislação vigente, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), conforme preconizado pela Portaria nº 2616/1998, e a Comissão de Aleitamento Materno, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde voltadas à promoção e proteção do aleitamento materno.

As comissões de Ética Médica e Ética de Enfermagem quais encontram-se pendentes em decorrência da ausência de CNPJ, qual encontra - se em processo de tramitação junto ao cartório com previsão de finalização a partir da segunda quinzena do mês de março. Tal documento se faz necessário para emissão de Responsabilidade técnica tanto médica quanto de enfermagem, requisito necessário para tramitação das referidas comissões em seus conselhos de classe. Será realizado a sua estruturação considerando o papel estratégico destas comissões no fortalecimento da conduta ética e profissional no âmbito da enfermagem e médica e em observância aos critérios estabelecidos pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Conselho Federal de Medicina (CFM) e as diretrizes internas da instituição a adoção de medidas corretivas e a o compromisso com a governança clínica, a ética profissional e a melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado prestado.

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



Fonte: Comissão Prontuário HMA (2026)

O indicador de Qualidade de Prontuário foi acompanhado de forma contínua ao longo da vigência contratual, por meio de auditorias mensais conduzidas pela Comissão de Prontuário, em conformidade com a metodologia previamente pactuada. Na competência de dezembro, o processo avaliativo ocorreu conforme o planejado, garantindo a análise

sistemática dos critérios assistenciais e a consolidação dos resultados, o que evidencia a manutenção do monitoramento regular do indicador.

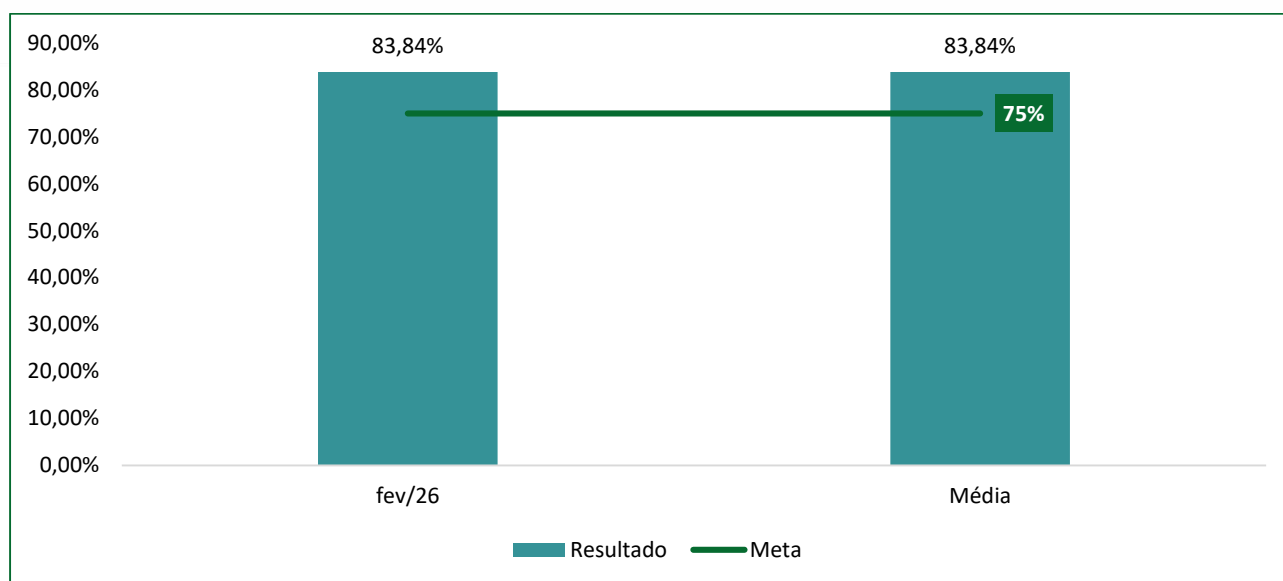
A estabilidade observada no resultado de dezembro deve ser analisada à luz do método de mensuração adotado, fundamentado em auditoria por amostragem fixa. Tal metodologia restringe a identificação de variações incrementais de desempenho em curto prazo, sobretudo quando as melhorias implementadas ocorrem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

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

Como desdobramento da análise crítica, foram identificadas oportunidades de aprimoramento do próprio processo avaliativo, especialmente no que se refere à padronização dos critérios e dos instrumentos de auditoria. Nesse contexto, encontra-se em execução um Plano de Ação, sob acompanhamento do setor de Qualidade, por meio do Protocolo Interno nº 2026004129, com foco no fortalecimento da confiabilidade e da sensibilidade do indicador.

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

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



Fonte: Qualidade HMA (2026)

No mês de fevereiro de 2026 foram realizados 27 treinamentos institucionais e 01 treinamento externo (DUE Araucária), distribuídos entre os eixos estratégicos do Programa de Educação Permanente. Deste total:

- 05 treinamentos abordaram diretamente as Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- 13 contemplaram Práticas e Protocolos Assistenciais;
- 10 foram relacionados à gestão, processos administrativos e saúde do trabalhador.

Para composição do indicador contratual foram considerados os treinamentos alinhados ao escopo técnico das Metas de Segurança do Paciente, totalizando 384 participações.

Distribuição das participações:

- Meta 2 – Comunicação Efetiva: 208 participantes.
- Identificação Correta do Paciente: 11 participantes.
- Controle de Infecção Hospitalar: 34 participantes.
- Uso Racional de Medicamentos na Segurança do Paciente: 116 participantes.

- Check-list de Cirurgia Segura: 15 participantes.

Destaca-se que o treinamento “Meta 2 – Comunicação Efetiva”, conduzido pelo Núcleo de Educação Permanente, foi realizado em 08 turmas presenciais, totalizando 08 horas de capacitação, representando aproximadamente 45% do total de participações computadas no indicador.

Resultado do Indicador:

Aplicando-se a fórmula contratual: $(\text{Número de colaboradores capacitados} \div \text{Total de colaboradores}) \times 100$

Considerando o efetivo institucional de 458 colaboradores: $384 \div 458 \times 100 = 83,84\%$. O resultado mantém o indicador acima da meta contratual estabelecida ($>75\%$), demonstrando cumprimento quantitativo do pactuado. Apesar do resultado satisfatório sob o aspecto quantitativo, a análise técnica evidencia fragilidades no acompanhamento descentralizado da participação dos colaboradores. O percentual alcançado considera número de participações e não cobertura individual exclusiva, havendo registro de colaboradores com múltiplas participações no período, enquanto outros apresentam participação reduzida ou inexistente.

Observa-se que parte dos gestores ainda não realiza acompanhamento sistemático da carga horária mensal de seus colaboradores, tampouco controle efetivo de presença nas capacitações, o que compromete a equidade na distribuição das ações educativas. Adicionalmente, verifica-se adesão parcial à entrega das planilhas de controle individual por setor, previamente pactuadas em reunião gerencial, o que demonstra necessidade de fortalecimento da corresponsabilidade na gestão do processo educativo.

Importante ressaltar que, conforme diretrizes ministeriais, recomenda-se carga horária mínima mensal de:

- 02 horas para colaboradores da área assistencial;
- 01 hora para colaboradores da área administrativa.

O não monitoramento sistemático pode resultar em descumprimento indireto dessa orientação.

Para qualificação do indicador e fortalecimento da governança institucional, torna-se imprescindível:

- Consolidar o acompanhamento mensal individual por setor;

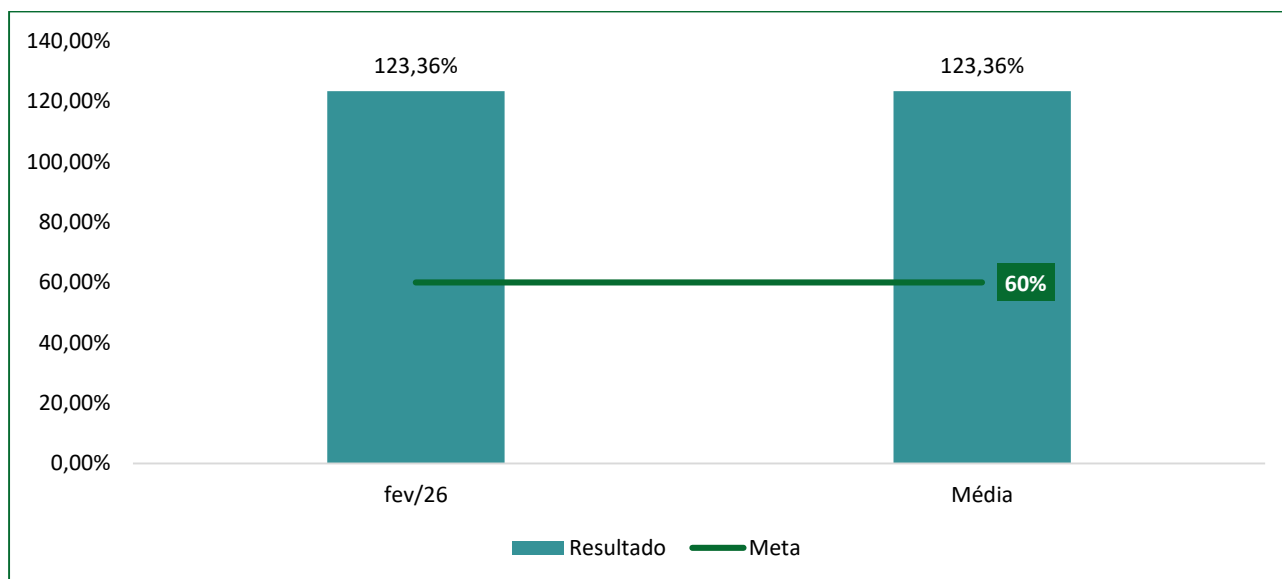
- Formalizar a responsabilidade do gestor quanto ao controle e incentivo à participação da equipe;

- Garantir exemplo institucional, com participação ativa das lideranças nos treinamentos;

- Evoluir gradativamente da análise quantitativa para avaliação de cobertura real e impacto assistencial.

Embora o indicador apresente conformidade contratual no período analisado, a maturidade do processo educativo depende do engajamento efetivo das lideranças setoriais, sendo este fator determinante para a consolidação da cultura de segurança do paciente.

Gráfico 54: Índice De Atualização Profissional Em Práticas Assistenciais



Fonte: Qualidade HMA (2026)

No mês de fevereiro de 2026 foram realizados 27 treinamentos institucionais e 01 treinamento externo (Departamento de Urgência e Emergência Araucária), distribuídos entre diferentes eixos estratégicos do processo educativo hospitalar. Deste total:

- 05 (cinco) treinamentos abordaram as Metas Internacionais de Segurança do Paciente;

- 10 (dez) contemplaram temas relacionados à gestão, sistemas, processos administrativos e saúde do trabalhador;

• 13 (treze) foram direcionados às Práticas e Protocolos Assistenciais, constituindo a base para análise do presente indicador, conforme seu escopo técnico.

Os treinamentos classificados como práticas assistenciais contemplaram conteúdos diretamente relacionados à qualificação do cuidado, padronização de condutas e fortalecimento da segurança do paciente, sendo desenvolvidos por diferentes eixos assistenciais do hospital:

1. Punção Venosa Periférica e Manejo de Dispositivos Núcleo de Educação Permanente (NEP) – 76 participantes.
2. Composição de Dietas (Serviço de Nutrição e Dietética) – 20 participantes.
3. Tipagem Sanguínea (Agência Transfusional) – 05 participantes.
4. Manejo do Carro de Emergência e Testagem do Material de Intubação (Enfermagem – Eixo Crítico) – 63 participantes.
5. Registro de Enfermagem e Utilização da Ferramenta SBAR (Gerência de Enfermagem) – 78 participantes.
6. Manejo do Ventilador Mecânico – Parâmetros Básicos (Fisioterapia) – 75 participantes.
7. Avaliação e Manejo da Disfagia no Ambiente Hospitalar (Fonoaudiologia) – 58 participantes.
8. Como Realizar Orientação com Mãe em Aleitamento Materno (Enfermagem – Eixo Materno) – 47 participantes
9. Requisição Transfusional: Preenchimento Correto (Agência Transfusional) – 68 participantes
10. O Uso do Leite Humano na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Nutrição Clínica) – 25
11. Assistência de Enfermagem na Pediatria (Enfermagem – Eixo Infantil) – 22 participantes.
12. Dosagem, Cálculo e Administração Segura de Medicação Pediátrica (Enfermagem – Eixo Infantil) – 21 participantes.

13. Capacitação em Acolhimento com Classificação de Risco (externo): 07 participantes.

Observa-se diversidade temática e envolvimento multiprofissional, com predomínio de conteúdos diretamente aplicáveis à prática à beira leito, especialmente voltados à equipe de enfermagem, que representa o maior contingente institucional e exerce papel central na execução dos protocolos assistenciais.

Análise Quantitativa do Indicador

A definição dos treinamentos considerados para o fechamento do indicador seguiu critério técnico, aplicando-se a fórmula contratual:

$$\left(\frac{\text{Número de participações em treinamentos assistenciais}}{\text{Total de colaboradores}} \right) \times 100$$

Considerando o efetivo de referência de 458 colaboradores e a meta contratual superior a 60%, foram contabilizadas 565 participações nos 13 treinamentos assistenciais.

$$\text{Cálculo: } 565 \div 458 \times 100 = 123,36\%$$

O resultado demonstra que o indicador superou a meta estabelecida, tendo em vista que a metodologia contratual considera a somatória total das participações nos treinamentos classificados como práticas assistenciais. É importante destacar que o percentual superior a 100% decorre da participação de colaboradores em mais de um treinamento no período, refletindo boa oferta de capacitações e oportunidade de acesso aos conteúdos técnicos.

Observa-se que treinamentos organizados por eixo específico tendem a apresentar melhor adesão do público-alvo, possivelmente em razão do maior alinhamento com a rotina assistencial. Ainda assim, faz-se necessária atuação ativa das lideranças no monitoramento da participação de suas equipes, garantindo acesso equitativo às capacitações e distribuição adequada das oportunidades de aprendizagem.

No que se refere à equipe de enfermagem maior contingente institucional e principal executora dos cuidados diretos ao paciente sua participação sistemática nos treinamentos assistenciais é estratégica para o fortalecimento da cultura de segurança e consolidação dos protocolos institucionais. O Núcleo de Educação Permanente realiza o planejamento, organização e também execução de algumas ações educativas com metodologia estruturada e embasamento técnico-científico; contudo, a efetividade do indicador depende diretamente do engajamento dos gestores na organização das escalas, no direcionamento

dos profissionais e no acompanhamento sistemático da participação de seus colaboradores.

A ausência de um controle estruturado por setor dificulta a identificação de lacunas individuais de capacitação e pode resultar em participação desigual entre as equipes. Nesse sentido, a educação permanente deve ser compreendida como ferramenta estratégica de gestão do cuidado, e não apenas como cumprimento de meta contratual.

Recomenda-se, portanto, a implementação de mecanismo de acompanhamento setorial das capacitações realizadas, fortalecendo a corresponsabilização entre NEP e lideranças assistenciais e permitindo que o indicador avance não apenas em percentual atingido, mas em consistência e impacto real na prática clínica.

3. METAS QUANTITATIVAS

No que se refere à apuração e ao acompanhamento das metas quantitativas, verifica-se que, no mês avaliado, a unidade obteve desempenho expressivamente satisfatório, atingindo 91,4 pontos de um total de 115,80 pontos previstos nos indicadores pactuados no Contrato de Gestão. Ressalta-se que todos os dados, relatórios e documentos analíticos utilizados para a mensuração, validação e comprovação dos resultados encontram-se devidamente organizados, registrados e arquivados, permanecendo à disposição da Comissão de Avaliação para conferência, auditoria ou solicitação complementar, sempre que necessário.

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

Tabela 3: Indicadores quantitativos.

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
1	Manter Equipe Médica Conforme Escala Pré Definida (24h)	≥ 100%	4	4 Pontos / Não atende 0 Pontos	100%	4,0
2	Manter Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais	≥12h semanais	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo	100%	-
3	Coordenador Médico Clínica Cirúrgica	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
4	Coordenador Médico Clínica Médica	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
5	Coordenador Médico Pediatra	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
6	Coordenador Médico Ginecologia e Obstetrícia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
7	Coordenador Médico Anestesiologia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
8	Coordenador Médico Ortopedia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
9	Coordenador Médico UTI	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1,0
10	Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais	≥20h semanais	3	3 Pontos / Não atende 0 Pontos	100%	3,0
11	Realizar No Mínimo Saídas Hospitalares	439	15	De 90 a 100% da meta = 15 pontos De 80 a 89% = 8 pontos De 70 a 79% = 5 pontos. Menor que 70% da meta = 0 pontos	576	15
12	Realizar o Valor Mínimo de Cirurgia Eletiva	145	-	As metas serão avaliadas	115	-



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
				individualmente por procedimento,		
13	Cirurgia Geral	20	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	22	3,0
14	Cirurgia Videolaparoscopia Geral	10	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	10	1,0
15	Cirurgia Coloproctologia Geral	10	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	0	0,0
16	Cirurgia Pediátrica	20	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	20	3,0
17	Cirurgia Ginecológica	40	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	36	3,0
18	Cirurgia Ginecológica – Endometriose Videolaparoscopia	4	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	3	3,0
19	Cirurgia Ginecológica Outras	6	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	4	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
20	Cirurgia Ortopédica de baixa e média complexidade	5	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	3,0
21	Laqueadura eletiva	5	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	1	0,0
22	Laqueadura pós parto normal	5	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	3,0
23	Cirurgia Vascular	20	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	14	1,0
24	Realizar no Mínimo de consultas ambulatoriais eletivas	230	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	180	-
25	Cardiologia, avaliação pré sedação	200	4	De 90 a 100% da meta = 4 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	120	1,0
26	Plano Parto	30	4	De 90 a 100% da meta = 4 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	60	4,0
27	Realizar no mínimo de Cirurgias ambulatoriais eletivas	105	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo	86	-



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
				Conforme abaixo:		
28	Vasectomia	5	5	De 90 a 100% da meta = 5 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	5,0
29	Cirurgias Ambulatoriais	50	5	De 90 a 100% da meta = 5 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto	33	1,0
30	Varizes Espuma	50	5	De 90 a 100% da meta = 5 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	48	5,0
31	Realizar exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA	3515	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo	1,833	-
32	Mamografia	300	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	267	2,8
33	Radiodiagnostico	2000	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	689	0,0
34	Ultrassonografia	800	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	533	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
35	Ultrassonografia para mapeamento de endometriose	10	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	12	2,8
36	Ecocardiograma Adulto/Infantil	60	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	54	2,8
37	Teste Ergométrico	30	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	22	1,0
38	Eletrocardiograma	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	90	2,8
39	Biópsia de Próstata	5	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	6	2,8
40	Endoscopia	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	97	2,8
41	Colonoscopia	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos	79	1,0



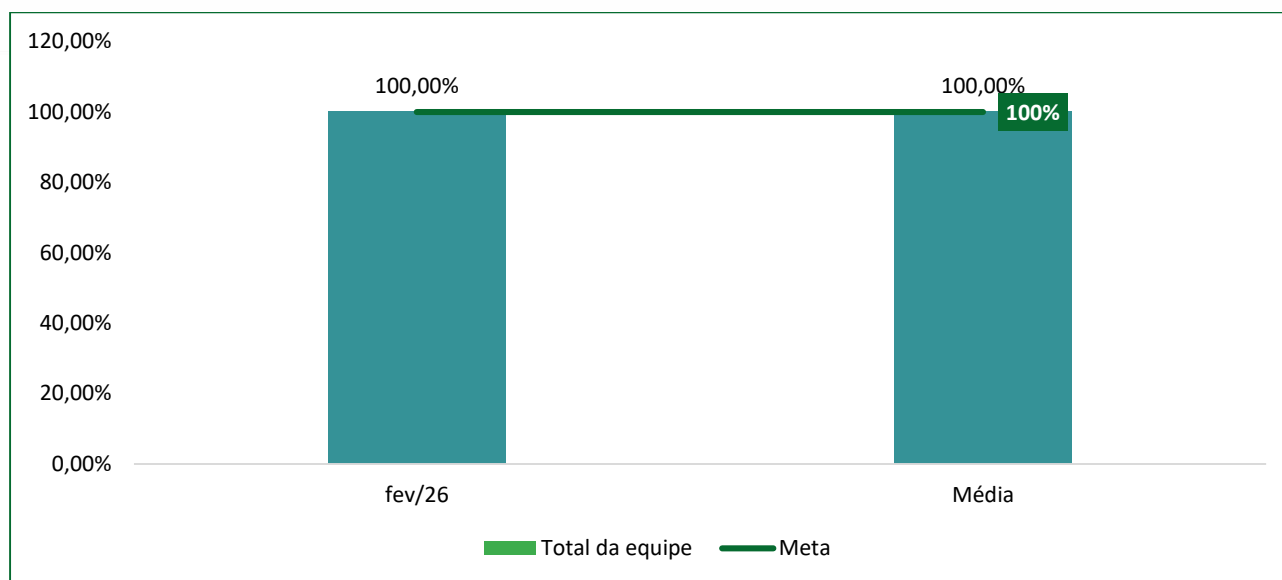
GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
				De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos		
42	Ecocardiograma Fetal	10	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	0	0,0
TOTAL			115,80	RESULTADO		91,4

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026).

Gráfico 55: Equipe médica do HMA – 24H



Fonte: Ponto médico (2026)

No fechamento da prestação de contas referente ao mês de fevereiro de 2026, o indicador de cumprimento da carga horária médica atingiu a meta contratual, com 100% de execução. Foram realizadas 14.414,65 horas, frente às 13.966,50 horas previstas contratualmente, evidenciando desempenho global satisfatório.

Apesar do resultado consolidado positivo, observaram-se variações pontuais em algumas especialidades. Na Cardiologia, registrou-se a execução de 42,58 horas, em comparação às 104,40 horas previstas, em razão da baixa demanda de usuários regulados pela Central de Regulação de Agendamentos (CRA), o que impactou diretamente a abertura das agendas no período.

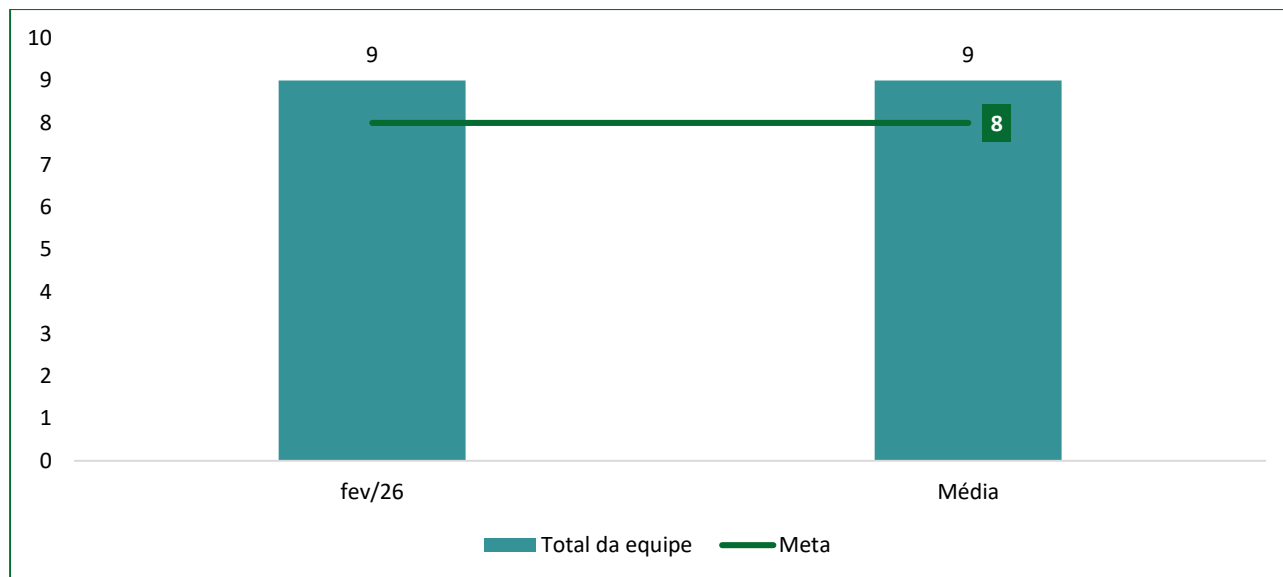
Na especialidade de Infectologia, foram executadas 65,50 horas das 87,00 horas previstas, sendo a diferença devidamente apurada e aplicada a glosa correspondente junto à empresa prestadora, conforme os critérios estabelecidos no contrato de gestão.

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

Prossegue o monitoramento sistemático e rigoroso das escalas de serviço em todas as áreas especializadas. Esta fiscalização é articulada com a interlocução estratégica e direta junto à empresa médica provedora do serviço. O objetivo central é mitigar o risco de

vacâncias não cobertas e, com isso, garantir a continuidade, a ininterrupção e a qualidade da assistência clínica fornecida aos usuários.

Gráfico 56: Coordenação Médica



Fonte: Ponto Médico (2026)

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

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

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

- **Anestesiologia:** Dra. Denise Rose – Registro de Qualificação de Especialista nº 5049
- **Clínica Médica e UTI Adulto:** Dra. Maria Cláudia Hahn Ferrucio – Registro de Qualificação de Especialista nº 370 e 371

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

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

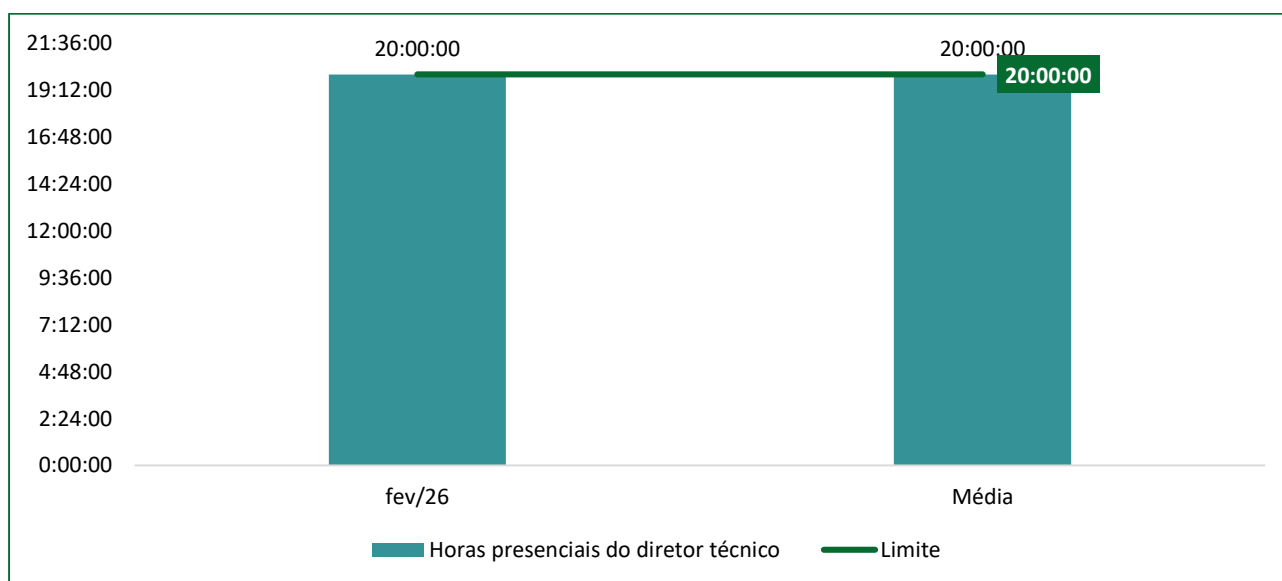
- **Clínica Ortopédica:** Dra. Ana Alice Destri – Registro de Qualificação de Especialista nº 24.408

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

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

- Pronto Socorro Geral – Corado Tupich

Gráfico 57: Diretor Técnico – Presencial



Fonte: Ponto Médico (2026)

No âmbito da Direção Técnica do Hospital, sob responsabilidade do médico Isaac Ponce Brambilla, Conselho Regional de Medicina do Paraná 45300, foram desenvolvidas, durante o mês de fevereiro, atividades voltadas à organização assistencial, supervisão do exercício profissional médico e qualificação dos processos internos da instituição.

Entre as atribuições desempenhadas no período, destacou-se a supervisão técnica das atividades médicas, com acompanhamento da assistência prestada nas diferentes áreas do hospital, avaliação de casos de maior complexidade e suporte técnico às equipes assistenciais na condução clínica dos pacientes. No mesmo período, foram realizadas

revisões e atualizações de protocolos assistenciais, com o objetivo de manter a prática médica alinhada às diretrizes técnico-científicas vigentes e às normativas institucionais aplicáveis.

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

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

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

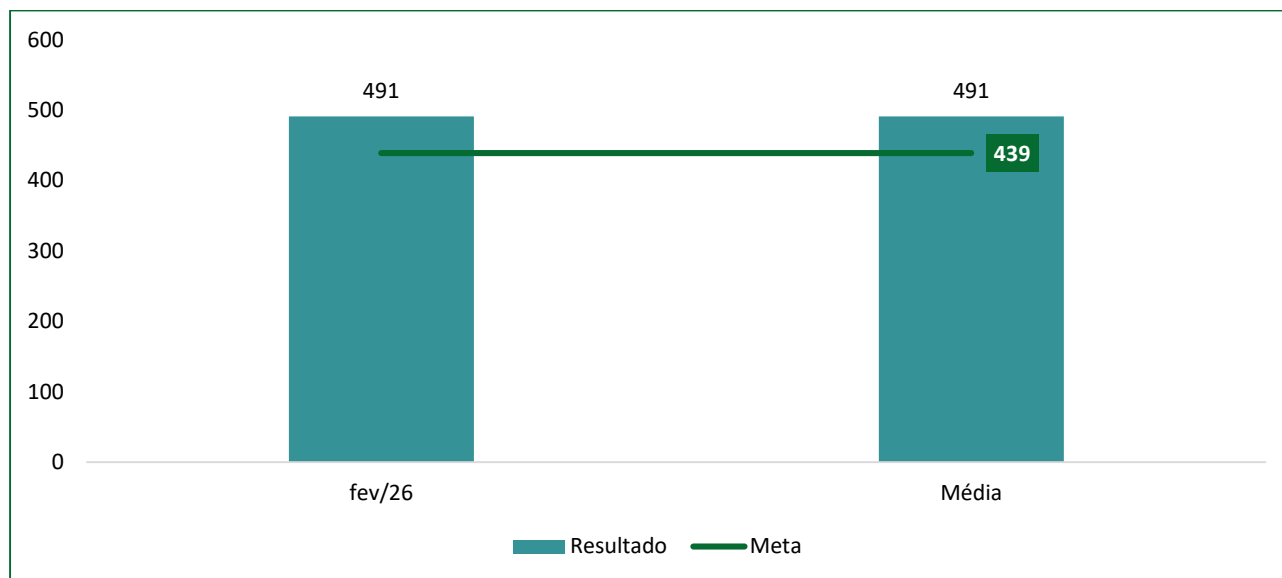
Durante o mês, a Direção Técnica manteve interlocução permanente com a Direção Geral do Hospital, coordenações médicas e coordenação de enfermagem, participando de reuniões institucionais e acompanhando as demandas assistenciais e operacionais dos diversos setores do hospital, contribuindo para o alinhamento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

No que se refere à gestão de materiais e insumos estratégicos, a Direção Técnica participou da avaliação técnica e solicitação de materiais e medicamentos específicos, incluindo insumos vinculados às especialidades médicas e materiais relacionados a órteses, próteses e materiais especiais (OPME), contribuindo para a adequada disponibilização de recursos necessários à assistência hospitalar.

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

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

Gráfico 58: Saídas Hospitalares



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH (2026)

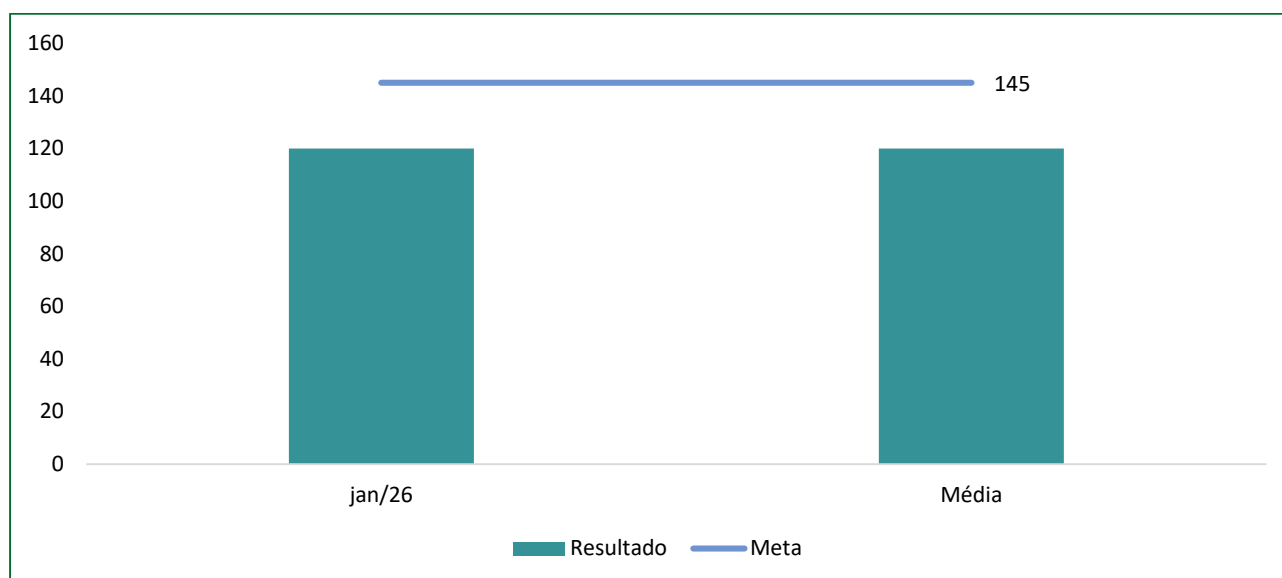
A análise detalhada dos resultados obtidos no mês de fevereiro de 2026 demonstra que a unidade mantém um desempenho sólido e em estrita conformidade com as metas estabelecidas no contrato de gestão. Durante o período, foram registradas 576 saídas hospitalares totais, sendo 491 decorrentes de atendimentos de urgência/emergência (319 saídas clínicas e 172 saídas cirúrgicas e 85 saídas de pacientes eletivos). Este quantitativo de urgência/emergência apresenta-se superior à meta contratual, evidenciando a alta capacidade de absorção e resolução de demandas complexas pela unidade, assegurando desfechos assistenciais apropriados e oportunos.

Ao comparar os dados com o mês anterior (janeiro de 2026), observa-se uma tendência de crescimento na eficiência operacional. Enquanto em janeiro foram registradas 284 saídas clínicas de urgência, em fevereiro esse número subiu para 319, representando um aumento de aproximadamente 12,3% na resolutividade clínica. As saídas cirúrgicas de urgência mantiveram-se estáveis em 172 registros em ambos os meses, demonstrando a consistência do fluxo cirúrgico da unidade. Esse desempenho indica um alinhamento maduro entre as equipes assistenciais, a regulação interna e os fluxos operacionais, contribuindo diretamente para a manutenção da capacidade instalada e a redução do risco de superlotação.

Como pontos positivos da unidade e das equipes envolvidas, destacam-se a integração entre as equipes multiprofissionais e a atuação estratégica do Núcleo Interno de Regulação (NIR). A comunicação contínua entre o Pronto-Socorro, as unidades de internação e os setores de apoio tem sido fundamental para a agilidade na tomada de decisão clínica, garantindo altas seguras e transferências oportunas. Ressalta-se, ainda, o compromisso das equipes médicas, de enfermagem e administrativas com o giro de leitos e a qualidade do cuidado prestado.

Para que o indicador permaneça sendo atingido e os resultados se mantenham em conformidade, a unidade segue com o monitoramento contínuo das saídas, análise periódica dos desfechos clínicos e fortalecimento do planejamento de alta precoce. Adicionalmente, são mantidas estratégias de organização de fluxos internos, priorização de casos conforme a gravidade e articulação constante com a rede de atenção à saúde para garantir a continuidade do cuidado após a alta ou transferência.

Gráfico 59: Cirurgia Eletiva



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH (2026)

No período analisado de fevereiro de 2026, a unidade apresentou desempenho satisfatório na execução das cirurgias eletivas, demonstrando organização das equipes assistenciais, planejamento cirúrgico estruturado e bom aproveitamento das salas cirúrgicas disponíveis. Ao longo do mês, observou-se produção expressiva em diversas especialidades, evidenciando a capacidade operacional da instituição e o comprometimento das equipes na manutenção da oferta de procedimentos à população.

Segue abaixo o detalhamento por especialidade:

Cirurgia Geral: meta de 20 procedimentos, realizados 22, correspondendo a 110% de cumprimento da meta.

Cirurgia Geral Videolaparoscópica: meta de 10 procedimentos, realizados 6, correspondendo a 60% de cumprimento da meta.

Coloproctologia: meta de 10 procedimentos, não foram realizados procedimentos no período, resultando em 0% de desempenho. A não execução está relacionada à ausência temporária de profissional especialista na unidade, o que impossibilitou a realização das consultas ambulatoriais necessárias para avaliação pré-operatória e formação de fila cirúrgica. A instituição encontra-se em processo de contratação de especialista, visando restabelecer o fluxo assistencial dessa especialidade.

Cirurgia Pediátrica: meta de 20 procedimentos, realizados 20, correspondendo a 100% de cumprimento da meta.

Cirurgia Ginecológica: meta de 40 procedimentos, realizados 36, correspondendo a 90% de cumprimento da meta.

Ginecologia – Outras Cirurgias: meta de 6 procedimentos, realizados 4, correspondendo a 66,7% de cumprimento da meta. O não alcance integral da meta está relacionado ao fato de que a instituição ainda não possui habilitação para utilização de código compatível no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para determinados procedimentos, o que limita o registro e faturamento dessas cirurgias.

Ginecologia – Endometriose (videolaparoscopia): meta de 4 procedimentos, realizados 3, correspondendo a 75% de cumprimento da meta.

Ortopedia (baixa/média complexidade): meta de 5 procedimentos, realizados 5, correspondendo a 100% de cumprimento da meta.

Laqueadura Eletiva: meta de 5 procedimentos, realizado 1, correspondendo a 20% de cumprimento da meta.

Laqueadura Pós-Parto: meta de 5 procedimentos, realizados 5, correspondendo a 100% de cumprimento da meta.

Cirurgia Vascular: meta de 20 procedimentos, realizados 14, correspondendo a 70% de cumprimento da meta.

Somando-se todas as especialidades, a meta total pactuada foi de 145 procedimentos, sendo realizados 120 resultando em desempenho global de 82,76%.

No mês de janeiro de 2026, a unidade realizou 115 cirurgias eletivas, enquanto em fevereiro de 2026 foram realizadas 116 cirurgias, representando aumento de 1 procedimento, equivalente a crescimento aproximado de 0,87% na produção mensal, demonstrando estabilidade na produção cirúrgica da unidade.

Motivos pontuais de cancelamento cirúrgico

- Durante o período analisado foram registrados cinco cancelamentos cirúrgicos, relacionados a fatores clínicos, logísticos e estruturais, conforme descrito:
- 02/02/2026 – Paciente E.F.S., cirurgia de ooforectomia cancelada pelo cirurgião devido à paciente apresentar sinais de anemia, sendo o procedimento reprogramado para 09/02/2026.
- 03/02/2026 – Paciente A.F.S.C., cirurgia de histerectomia + ooforectomia + lise de aderências intestinais cancelada devido à falta de material de videolaparoscopia, sendo reprogramada para 10/02/2026.
- 04/02/2026 – Paciente A.J.P., cirurgia ortopédica para pseudartrose cancelada devido à ausência de material específico (parafuso de Herbert), não solicitado previamente, sendo reprogramada para 25/02/2026.
- 10/02/2026 – Paciente A.F.S.C., cirurgia de histerectomia + ooforectomia + lise de aderências intestinais novamente cancelada por falta de fio cirúrgico, sendo reagendada para 17/02/2026.
- 20/02/2026 – Paciente V.G.L.M., cirurgia para endometriose peritoneal + HTA + anexectomia cancelada devido a intercorrências na infraestrutura da unidade após fortes chuvas, sendo reprogramada para 20/03/2026.

Considerações finais

Apesar de algumas especialidades não terem atingido integralmente suas metas, observa-se boa capacidade produtiva da unidade, com diversas áreas alcançando ou

superando o quantitativo pactuado, como cirurgia geral, cirurgia pediátrica, ortopedia e laqueadura pós-parto.

Os cancelamentos registrados foram pontuais e devidamente reprogramados, não configurando impacto estrutural permanente na capacidade assistencial da unidade. A instituição segue monitorando continuamente os fluxos de programação cirúrgica, disponibilidade de materiais, agenda ambulatorial e composição do corpo clínico, com o objetivo de fortalecer a produção cirúrgica e ampliar gradativamente o alcance das metas pactuadas.

Plano de ação

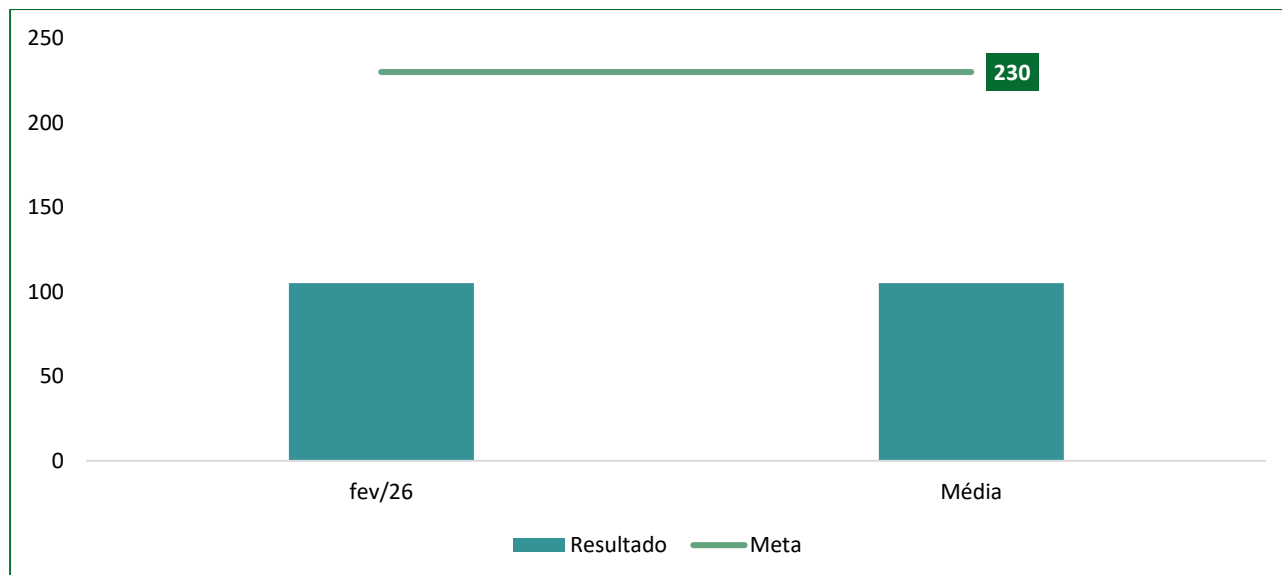
Como estratégia de melhoria e manutenção do desempenho assistencial, a unidade adotará ações voltadas ao fortalecimento do planejamento cirúrgico, qualificação do fluxo de agendamento e garantia da disponibilidade de profissionais e insumos necessários para a realização dos procedimentos. Nesse sentido, será intensificado o monitoramento mensal da produção cirúrgica por especialidade, com análise sistemática dos indicadores de desempenho e identificação precoce de possíveis fatores que possam impactar o alcance das metas pactuadas. Paralelamente, a instituição seguirá com o processo de contratação de profissional especialista em coloproctologia, com o objetivo de restabelecer as consultas ambulatoriais, viabilizar as avaliações pré-operatórias e permitir a formação da fila cirúrgica necessária para a execução dos procedimentos dessa especialidade.

Também serão realizadas revisões periódicas do fluxo de programação cirúrgica e do processo de solicitação e conferência de materiais, visando garantir a disponibilidade prévia de todos os insumos necessários para os procedimentos, reduzindo o risco de cancelamentos por falhas logísticas. A equipe assistencial e administrativa manterá acompanhamento contínuo da agenda cirúrgica, com conferência antecipada dos kits e materiais específicos, além de alinhamento entre centro cirúrgico, almoxarifado e equipe médica. Adicionalmente, serão reforçadas as orientações às equipes quanto à organização das solicitações de materiais especiais e instrumentais específicos, assegurando maior previsibilidade e eficiência no preparo das cirurgias.

No âmbito assistencial, será mantido o acompanhamento clínico rigoroso dos pacientes no período pré-operatório, buscando identificar precocemente condições clínicas que possam contraindicar temporariamente os procedimentos, permitindo reprogramações seguras e redução de cancelamentos no dia da cirurgia. A unidade também continuará monitorando as intercorrências estruturais e operacionais que possam interferir na programação cirúrgica, adotando medidas preventivas para minimizar impactos na assistência. Dessa forma, as ações implementadas visam fortalecer a organização do serviço, ampliar a resolutividade das especialidades que ainda apresentam desempenho

inferior à meta e garantir a continuidade do atendimento cirúrgico com qualidade, segurança e eficiência.

Gráfico 60: Consultas Ambulatoriais Eletivas



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

Análise Crítica de Não conforme Indicadores: Cardiologia (Avaliação Pré-Sedação)

Em fevereiro de 2026, o desempenho apresentou queda, com apenas 65 atendimentos realizados 120 agendados, resultando em 54,17% de cumprimento da meta. Embora tenha ocorrido uma redução no absenteísmo para 13,45% (16 faltas), o registro de 38 consultas reagendadas para a competência seguinte comprometeu diretamente a produção do mês.

No mês de janeiro de 2026, foram agendadas 139 consultas, com a realização de 108 atendimentos, o que correspondeu a 54,00% da meta. Este resultado foi impactado negativamente por um elevado índice de absenteísmo (22,30%, totalizando 31 faltas) e pela limitação da demanda enviada pela regulação.

Comparativo e Causas da Não Conformidade Na comparação entre os meses, observa-se uma queda de 21,50 pontos percentuais no alcance da meta. É importante ressaltar que a não conformidade não está relacionada à capacidade operacional da unidade ou ao desempenho das equipes internas. O fator determinante para o descumprimento reside na instabilidade da demanda regulada e no volume de reagendamentos, evidenciando que a oferta de vagas da unidade supera a procura efetivada pelo fluxo municipal.

Plano de Ação e Providências Diante do cenário de ociosidade forçada por fatores externos, foi estabelecido como plano de ação a solicitação formal à Secretaria Municipal de Saúde, via ofício à Central de Regulação Ambulatorial, para a paralisação temporária da meta contratual desta especialidade. A ação visa suspender a cobrança do indicador até que haja a regularização do fluxo de pacientes. A medida encontra-se em andamento, com um prazo estimado de 90 dias para adequação da produção assistencial à realidade da regulação municipal.

Indicador conforme – Consultas de Plano de Parto

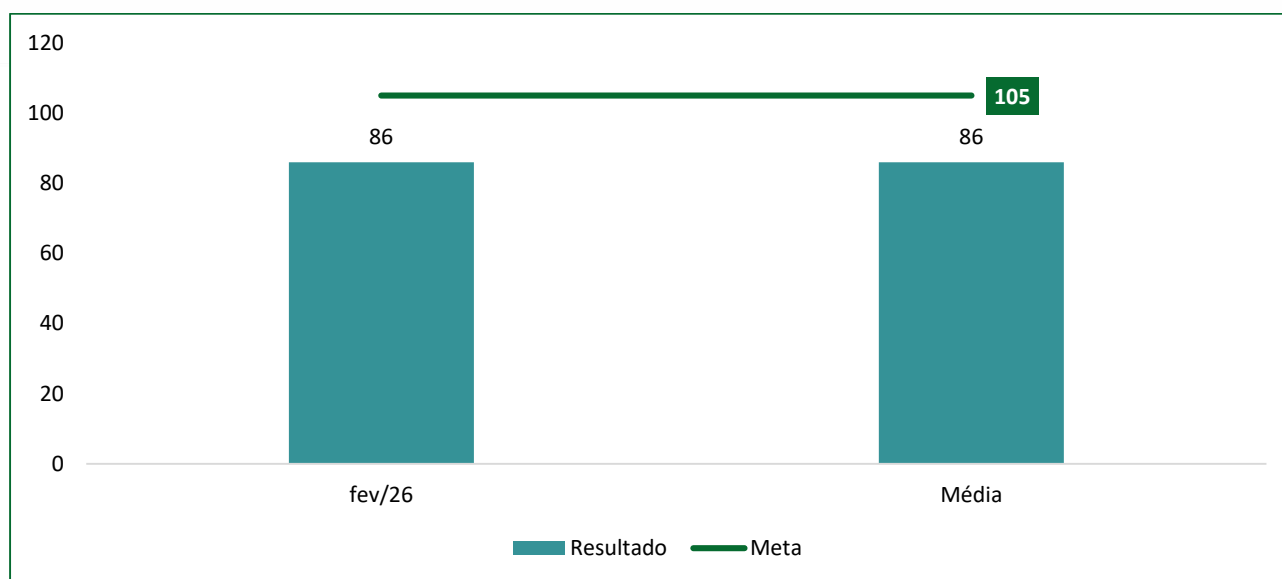
Em fevereiro de 2026, foram agendadas 81 consultas, mantendo-se 40 atendimentos realizados, o que corresponde novamente a 133,33% de cumprimento da meta. Entretanto, observou-se aumento expressivo do absenteísmo para 50,62%, com registro de 41 faltas.

No mês de janeiro de 2026, foram agendadas 60 consultas de Plano de Parto, com a realização de 40 atendimentos, alcançando 133,33% da meta estabelecida. O absenteísmo registrado foi de 33,33%, totalizando 20 faltas.

Na análise comparativa, verifica-se manutenção do indicador conforme em ambos os meses, demonstrando estabilidade na produção e adequada organização da equipe assistencial. Apesar do aumento das faltas em fevereiro, a unidade conseguiu manter o alcance da meta contratual, evidenciando capacidade de gestão das agendas e alinhamento com a demanda regulada.

As ações de monitoramento sistemático das agendas, confirmação prévia das consultas e orientação às pacientes quanto à importância do comparecimento permanecem sendo executadas, com o objetivo de garantir a continuidade do desempenho conforme e reduzir progressivamente os índices de absenteísmo.

Gráfico 61: Cirurgia Ambulatorial



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH (2026)

No mês de fevereiro de 2025, a unidade apresentou desempenho satisfatório na execução das cirurgias ambulatoriais, alcançando 81,9% da meta pactuada. Embora não tenha atingido integralmente o quantitativo previsto, observa-se boa capacidade produtiva da equipe e organização do fluxo assistencial, mantendo volume relevante de procedimentos realizados.

No detalhamento por especialidade, os resultados foram os seguintes:

Vasectomia: meta de 5 procedimentos, realizados 5, correspondendo a 100% de cumprimento da meta.

Cirurgia Ambulatorial: meta de 50 procedimentos, realizados 33, alcançando 66% da meta estabelecida.

Varizes com Espuma: meta de 50 procedimentos, realizados 48, correspondendo a 96% de cumprimento da meta.

Considerando o total de cirurgias ambulatoriais, a meta pactuada era de 105 procedimentos, sendo realizados 86, resultando em 81,9% de desempenho global.

Ao comparar com o mês de janeiro de 2025 com a taxa de 67,62%, observa-se manutenção do desempenho assistencial da unidade, evidenciando estabilidade na oferta de procedimentos e continuidade da capacidade operacional do serviço.

Destaca-se inicialmente o excelente desempenho da especialidade de vasectomia, que atingiu 100% da meta, demonstrando organização do fluxo de encaminhamento, adequada programação cirúrgica e boa adesão dos pacientes ao procedimento.

Outro ponto positivo refere-se ao procedimento de tratamento de varizes com espuma, que apresentou 96% de execução da meta, resultado bastante próximo ao pactuado, evidenciando boa gestão da agenda ambulatorial e resolutividade da equipe assistencial.

De forma geral, o quantitativo de 86 procedimentos realizados no período evidencia utilização significativa da capacidade instalada, reforçando o comprometimento das equipes assistenciais e administrativas na manutenção da produção cirúrgica ambulatorial.

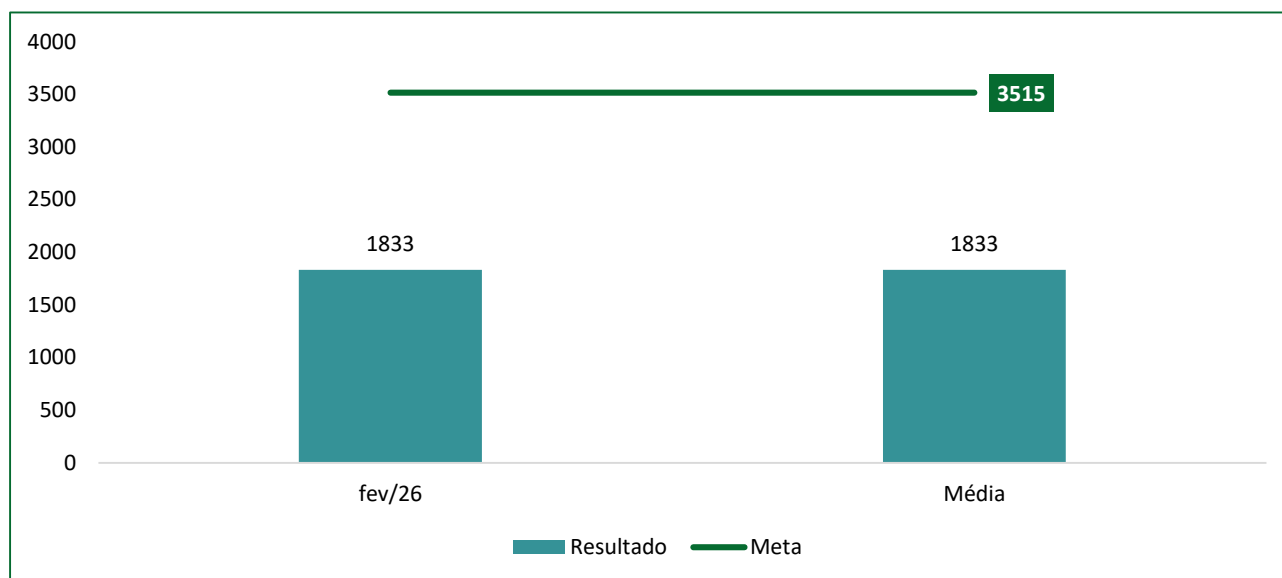
A unidade mantém processos estruturados de organização da agenda, confirmação prévia de procedimentos e monitoramento da produção, estratégias que contribuem diretamente para a continuidade do desempenho apresentado.

Plano de ação

- Com o objetivo de garantir a continuidade dos resultados e ampliar gradativamente o alcance das metas pactuadas, a unidade mantém as seguintes estratégias:
- Orientação contínua aos pacientes quanto à importância do comparecimento no dia do procedimento e comunicação prévia em casos de impossibilidade.
- Monitoramento mensal dos índices de absenteísmo, com identificação das principais causas de faltas.
- Revisão periódica do fluxo de agendamento, buscando otimizar o preenchimento das vagas disponíveis.
- Implantação e atualização de lista de pacientes suplentes, permitindo substituição rápida em casos de cancelamento.
- Realização de reuniões periódicas com as equipes assistenciais e administrativas para avaliação dos resultados e definição de melhorias operacionais.

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

Gráfico 62: SADT



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

No analisado período, foram realizados 1.833 exames de Serviço Ambulatorial de Diagnóstico e terapêutica, o que corresponde, em média, a 57,28% da meta do contrato de gestão.

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

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

Justificativa da Não Conformidade:

Exames de Raios X

A não conformidade observada no período está relacionada a falhas operacionais no aplicativo WhatsApp, bem como ao cancelamento de 05 agendas em decorrência de problemas técnicos no aparelho de Raios X. Tais situações comprometeram a comunicação com os pacientes para confirmação e orientação dos atendimentos, resultando no cancelamento de 749 exames e impactando diretamente o volume de procedimentos realizados.

Adicionalmente, apesar da oferta de 2.400 vagas, o quantitativo de exames agendados pela Central de Regulação Ambulatorial (CRA) foi de 1.551, caracterizando 849 vagas não utilizadas, configuradas como perda primária. Esse cenário contribuiu significativamente para o não atingimento da meta pactuada no período, não estando a não conformidade relacionada à capacidade operacional da unidade.

Instabilidade no sistema de comunicação (WhatsApp)

Foram identificadas falhas operacionais no aplicativo WhatsApp que impossibilitaram a comunicação efetiva com os pacientes para confirmação e orientação dos atendimentos, conforme disposto no Ofício nº 5.791/2025. Tal situação contribuiu para o aumento de faltas e cancelamentos nas seguintes agendas: Ultrassonografia – 52 pacientes; Endoscopia – 04 pacientes; e Colonoscopia – 05 pacientes. A seguir, apresenta-se o detalhamento do desempenho por tipo de exame:

- **Mamografia:** Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 360 vagas para a realização do exame. Foram agendados 359 exames, dos quais 267 foram efetivamente realizados, atingindo 89,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 26,18%, equivalente a 94 faltas. Dos exames realizados, 02 correspondem a reagendamentos de competências anteriores.
- **Radiodiagnóstico:** Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 2.400 vagas para a realização do exame. Foram agendados 1.551 exames, dos quais 689 foram efetivamente realizados, atingindo 44,42% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 11,73% equivalente a 182 faltas. Dos 689 exames realizados, 69 correspondem a reagendamentos de competências anteriores. Em caso de falta de demanda por parte do município, o valor da meta, para fins de base de cálculo, será o número de procedimentos efetivamente agendados pela Central de Regulação Ambulatorial da Serviço Municipal da Secretaria de Araucária. Entende-se por falta de demanda as situações em que as vagas inicialmente ofertadas pela CONTRATADA não são utilizadas em sua totalidade pela Central de

Regulação Ambulatorial da Serviço Municipal da Secretaria de Araucária. Registrou-se índice de absenteísmo de 19,98% equivalente a 250 faltas. Dos 888 exames realizados, 27 correspondem a reagendamentos de competências anteriores.

- **Ultrassonografia** Foram disponibilizados 120,25% da meta, correspondendo à oferta de 802 vagas para a realização do exame. Foram agendados 797 exames, dos quais 533 foram efetivamente realizados, atingindo 66,63% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 29,74% equivalente a 237 faltas. Dos 533 exames realizados, 25 pacientes correspondem a reagendamentos de competências anteriores.
- **Ultrassonografia Mapeamento Endometriose** Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 12 vagas para a realização do exame. Foram agendados 12 exames, dos quais 12 foram efetivamente realizados, atingindo 120,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 8,33%, equivalente a 01 falta. Dos 12 exames realizados, 01 paciente corresponde a reagendamento de competências anteriores. Registrou-se índice de absenteísmo de 41,67%, equivalente a 05 faltas.
- **Ecocardiograma Adulto e Infantil:** Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 72 vagas para a realização do exame. Foram agendados 72 exames, dos quais 54 foram efetivamente realizados, atingindo 90,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 25,00% equivalente a 18 faltas.
- **Teste Ergométrico:** Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 36 vagas para a realização do exame. Foram agendados 36 exames, dos quais 22 foram efetivamente realizados, atingindo 73,33% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 30,56% correspondendo a 11 faltas.
- **Eletrocardiograma:** Foram disponibilizados 125,00% da meta, correspondendo à oferta de 125 vagas para a realização do exame. Foram agendados 125 exames, dos quais 90 foram efetivamente realizados, atingindo 90,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 28,00%, correspondente a 35 faltas.
- **Biópsia de Próstata:** Foram disponibilizados 120% da meta, correspondendo à oferta de 6 vagas para a realização do exame. Foram agendados 6 exames, dos quais 6 foram efetivamente realizados,

atingindo 120,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 00,00%, equivalente a nenhuma falta.

- **Endoscopia:** Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 120 vagas para a realização do exame. Foram agendados 117 exames, dos quais 81 foram efetivamente realizados, atingindo 81,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 25,54%, equivalente a 30 faltas.
- **Colonoscopia:** Foram disponibilizados 120,00% da meta, correspondendo à oferta de 120 vagas para a realização do exame. Foram agendados 114 exames, dos quais 79 foram efetivamente realizados, atingindo 79,00% da meta pactuada. Registrou-se índice de absenteísmo de 26,32%, equivalente a 30 faltas.
- **Ecocardiograma Fetal:** Foram disponibilizados 120% da meta, correspondendo à oferta de 12 vagas para a realização do exame. Foram agendados 11 exames; contudo, nenhum foi realizado devido à ausência de profissional habilitado, em razão da troca de Organização Social (OS), o que resultou na não formalização do contrato com a médica responsável pela realização deste exame específico. Registrou-se índice de absenteísmo de 25,00% equivalente a 03 faltas.

Conclui-se que, apesar da redução do volume produtivo no mês de fevereiro de 2026, a unidade manteve-se alinhada às diretrizes estabelecidas no Contrato de Gestão, com oferta ampliada de vagas e estabilidade operacional. O desempenho observado foi impactado diretamente por fatores técnicos e pela insuficiência de demanda encaminhada pelo município, os quais já se encontram em processo de regularização e acompanhamento. monitorando as tratativas por meio da abertura de Protocolo Interno de Não Conformidade, registrado sob o chamado nº2026004217, assegurando a rastreabilidade das ações e o acompanhamento sistemático das medidas adotadas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

5. ASSINATURAS

Tatiane Campos

Diretora Geral da Unidade

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Gerência de Produção e Qualidade

S3 Gestão em Saúde

Fernanda Rodrigues

Diretor Executivo

S3 Gestão em Saúde

APÊNDICE I – Memória de Cálculo dos Indicadores

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
1	Taxa ocupação Pediátrica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	125/280 x 100	44,64%	0,0
2	Taxa de ocupação da Cirurgia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	295/364 x 100	81,04%	2,0
3	Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	1624/2296 x 100	70,73%	0,0
4	Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	339/476 x 100	71,22%	0,0
5	Taxa de ocupação do UCIN	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	73/84 x 100	86,90%	2,0
6	Taxa de ocupação Internação Clínica Médica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	428/616 x 100	69,48%	0,0
7	Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	204/252 x 100	80,95%	2,0
8	Taxa de ocupação da UTI Pediátrica	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	45/84 x 100	53,57%	0,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
9	Taxa de ocupação da Unidade Neonatal	$\geq 85\%$	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	115/140 x 100	82,14%	0,0
10	Manter a Média de Permanência da Pediatria	≤ 04 dias	2	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	125/71	1,76	2,0
11	Manter a Média de Permanência da Cirurgia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	295/156	1,89	3,0
12	Manter a Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	339/162	2,09	3,0
13	Manter a Média de Permanência da UCIN	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	73/6	12,17	0,0
14	Manter a Média de Permanência da Clínica Médica	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	428/151	2,83	3,0
15	Manter a Média de Permanência da UTI Adulto	≤ 7 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	204/36	5,67	4,0
16	Manter a Média de Permanência da UTI	≤ 10 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica x 100	45/9	5,00	4,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Pediátrica ≤ 10 dias						
17	Manter a Média de Permanência na Unidade Neonatal	≤ 14 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica x 100	115/10	11,50	4,0
18	Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados	$\leq 4\%$	2	Nº de cirurgias realizadas no dia/Nº de cirurgias programadas no mapa cirúrgico do dia anterior) x 100	5/157 x 100	3,18%	2,0
19	Proporção de partos vaginais	$\geq 65\%$	1,5	Total de partos vaginais/total de partos realizados) x 100	40 / 89 x 100	44,94%	0,0
20	Taxa de Mortalidade Não Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos após 24h e/ou internação / total saídas) x 100	0 / 576 x 100	0,00%	0,5
21	Taxa de Mortalidade Institucional	Análise crítica das informações e	0,5	Nº de óbitos após 24h e/ou Internação / total saídas) x 100	19/576 x 100	3,95%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
		apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos					
22	Taxa de Mortalidade Materna/Infantil Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos maternos ocorridos em estabelecimentos de saúde / total saídas) x 100	$6/171 \times 100$	3,51%	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	$1/224 \times 100$	045%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
24	Taxa de acolhimento com classificação de risco por Enfermeiro aos usuários atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico	$\geq 98\%$	0,5	Nº total de pacientes classificados / Nº total de pacientes atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico. X 100	$7.144/7.294 \times 100$	97,94%	0,0
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)	7294/11:13:15	00:02:28	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	526/06:56:49	00:50:04	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	4965/05:04:05	00:35:44	0,5
28	Tempo Médio de Espera para	≤ 60 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Urgentes/Nº	1404/23:24:45	00:31:46	0,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Atendimento Médico - Risco Amarelo/Urgente			total de pacientes Urgentes não atendidos.			
29	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Laranja/ Muito Urgente	≤ 10 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Muito Urgente /Nº total de pacientes Muito Urgente não atendidos	241/08:08:00	00:08:00	0,5
30	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Vermelho/ Emergência	Imediato	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Emergência /Nº total de pacientes Emergência não atendidos.	00:00 / 00:00	00:00	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	-	06:00:00	1,5
32	Tempo médio permanência no PS Obstétrico 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	-	02:15:00	1,5
33	Tempo médio permanência no PA Infantil 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	-	04:55:00	1,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
34	Taxa Global de Infecção Hospitalar	$\leq 2\%$	2	(Nº de infecções hospitalares / total saídas) x 100	10/576x100	1,74%	2,0
35	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM)	≤ 10	2	(Nº de pacientes com pneumonia associada à VM / VM dia) x 1.000	1/107x1000	9,35	2,0
36	Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV)	≤ 1	2	(Nº de pacientes com ITU associada à CV / CV dia) x 1.000.	2/268x1000	7,46	0,0
37	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC)	≤ 10	2	(Nº de pacientes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC/CVC dia) x 1.000	3/169 x 1000	17,75	0,0
38	Incidência de infecção do sítio	≤ 1	2	(Nº de ISC em cirurgias limpas/Nº de cirurgias limpas realizadas) x 100	0/203	0,00%	2,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas						
39	Incidência de quedas de pacientes internados	≤ 1	2	(Nº de quedas / Nº de pacientes dia) x 1000.	0 / 1624	0,54	2,0
40	Incidência de Lesões de Pele (LP) em pacientes internados	≤ 5	2	(Nº de casos novos de pacientes com LP/ Nº total de pacientes internados no período) x 100	0 / 1624	0,00	2,0
41	Apresentar taxa de cumprimento do Checklist de Cirurgia Segura do protocolo de cirurgia segura	Cumprido = 1,00 Não Cumprido=0,0	1	(Nº de checklists de cirurgia segura preenchidos corretamente / Nº total de cirurgias realizadas) x 100.	318/338 x 100	94,08%	0,0
42	Disponibilizar 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital	100%	1	(Total de SADT eletivo disponibilizado no Sistema de informação/ Meta pactuada para SADT eletivo) x 100.	4065/3515 x 100	115,65%	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
43	Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital	100%	1	(Total de primeiras consultas disponibilizadas no Sistema de Informação/ Meta pactuada para primeiras consultas) x 100.	$180/230 \times 100$	78,26%	0,0
44	Realizar 100% das confirmações de presença e faltados pacientes eletivos agendados no Sistema de Informação utilizado pela SMSA.	100%	1	(Total de confirmações de presença e falta realizadas no Sistema de informação da SMSA/ Total de agendamentos) x100.	$2778/3640 \times 100$	76,32%	0,0
45	Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência.	Cumprido = 1,00 Não Cumprido = 0,0	1	Nº de atualizações diárias do censo da UTI. Relatório do NIR e planilha Compartilhada entre DUE, Comissão de Fiscalização, NAS e NIR do HMA.	4	100%	1,0
46	Realizar altas referenciadas com agendamento de no	$\geq 70\%$	1	(Total de agendamentos de alta referenciada realizados /Total de saídas hospitalares) x 100	$576/576 \times 100$	100%	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	mínimo, 70% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde						
47	Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% (cem por cento) das puérperas e dos recém-nascidos (RN) egressos nas Unidades de Saúde	100%	1,5	(Total de agendamentos de puérperas e RN de alta referenciada realizados / Total de saídas hospitalares) x 100.	169/169 x 100	100%	1,5
48	Percentual de reinternações em até 30 dias inferior a 20%.	≤ 20%	1,5	(Nº de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Nº total de internações hospitalares) x 100	40/576 x 100	6,94%	1,5
49	Garantir 100% de aprovação das AIH's apresentadas, referentes aos internamentos no mês subsequente à ocorrência.	100%	1,5	(AIH's aprovadas/ AIH's apresentadas) x 100.	586/586 x 100	100%	1,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
50	Respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo	$\geq 80\%$	1	Total respostas dadas aos usuários no prazo/Total de Manifestações ocorridas no mês) x 100	$10/10 \times 100$	100%	1,0
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	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	1,0



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

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



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

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



GESTÃO EM SAÚDE



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



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	conformidade com a Legislação vigente						
65	Garantir a efetividade do Serviço de Atendimento ao Usuário em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	Atende	1	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	1,0
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	384/458 x 100	83,84%	1,0
68	Manter índice de Atualização	60%	1	(Nº de Funcionários Capacitados	565/458 x 100	123,36%	1,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de cálculo	Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%			/ N° Total de Funcionários) x 100			
TOTAL			100	RESULTADO			76,00

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026)

Considerações finais a Diretoria Técnica

Embora a taxa de ocupação de leitos seja tradicionalmente utilizada como indicador de desempenho hospitalar e conste em diversos instrumentos de contratualização e monitoramento assistencial, a literatura contemporânea de gestão em saúde e da medicina hospitalar atual demonstra que sua análise isolada apresenta limitações importantes para avaliar, de forma fidedigna, a eficiência assistencial e a produtividade hospitalar.

A taxa de ocupação expressa, essencialmente, o percentual de utilização da capacidade instalada de leitos em determinado período. Entretanto, esse indicador não reflete de forma direta o volume real de produção assistencial nem a efetividade da gestão do fluxo hospitalar. É possível que uma unidade apresente elevada taxa de ocupação e, ao mesmo tempo, baixo número de AIH geradas, situação que caracteriza baixa rotatividade de leitos e menor produção hospitalar efetiva.

Sob a perspectiva da medicina hospitalar atual, indicadores relacionados ao fluxo assistencial e à rotatividade dos leitos apresentam maior capacidade de refletir a eficiência operacional das unidades hospitalares. O volume de AIH geradas, por exemplo, permite mensurar de forma mais direta o número de internações concluídas e, conseqüentemente, a capacidade resolutive da instituição, sobretudo em grandes áreas assistenciais como clínica e cirúrgica.

Situação semelhante pode ser observada nas unidades de terapia intensiva. Nessas unidades, é possível manter taxa de ocupação elevada associada a pacientes com maior tempo de permanência, o que reduz significativamente a rotatividade dos leitos. Nesse cenário, apesar do indicador de ocupação apresentar desempenho aparentemente satisfatório, a capacidade de absorção de novos pacientes e o impacto assistencial sobre a rede podem estar reduzidos, evidenciando que a taxa de ocupação, isoladamente, não traduz necessariamente maior produtividade assistencial.

Diante desse contexto, recomenda-se que a análise de desempenho hospitalar incorpore indicadores mais contemporâneos e alinhados às boas práticas de gestão hospitalar e da medicina hospitalar atual, amplamente utilizados em instituições de referência e em modelos de gestão baseados em eficiência assistencial.

Entre esses indicadores, destacam-se:

Kanban assistencial
Ferramenta de gestão visual amplamente utilizada na gestão hospitalar, baseada em princípios de melhoria contínua e gestão de fluxo. O Kanban permite monitorar o tempo de permanência dos pacientes internados, identificar precocemente casos de permanência prolongada e direcionar ações da equipe multiprofissional e do Núcleo Interno de Regulação. Essa metodologia favorece maior controle do fluxo assistencial, melhora a rotatividade dos leitos e reduz gargalos operacionais.

Indicador de altas hospitalares no período da manhã
Indicador amplamente adotado em programas de melhoria de fluxo hospitalar. A antecipação das altas para o período da manhã possibilita maior disponibilidade de leitos ao longo do dia, facilitando novas admissões, reduzindo o tempo de espera por internação e melhorando a dinâmica assistencial da instituição.

Taxa de efetividade do plano terapêutico
Indicador relacionado à governança clínica e à gestão do cuidado, que avalia a execução e revisão sistemática do plano terapêutico definido para cada paciente internado. O monitoramento desse indicador permite identificar atrasos diagnósticos, barreiras assistenciais e permanências hospitalares potencialmente evitáveis, contribuindo para maior eficiência clínica e organizacional.

Modelos contemporâneos de gestão hospitalar demonstram que a análise integrada de indicadores como rotatividade de leitos, número de AIH, tempo médio de permanência, altas hospitalares programadas e ferramentas de monitoramento de fluxo assistencial apresenta maior capacidade de refletir o desempenho real das instituições de saúde.

Dessa forma, recomenda-se que a avaliação institucional considere, não só a taxa de ocupação de maneira isolada, porém um conjunto ampliado de indicadores assistenciais capazes de mensurar de forma mais precisa a eficiência do fluxo hospitalar, a rotatividade dos leitos e a produção assistencial efetivamente realizada.

A adoção dessa abordagem permite uma análise mais qualificada do desempenho hospitalar, fortalece a governança assistencial e alinha a avaliação

institucional às práticas da medicina hospitalar atual e da gestão baseada em valor, proporcionando maior transparência e aderência às necessidades reais da rede de atenção à saúde.

Cordialmente,



Documento assinado digitalmente

ISAAC PONCE BRAMBILLA

Data: 26/03/2026 10:48:30-0300

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

Isaac Brambilla
Direção Técnica