

S3 GESTÃO EM SAÚDE

Mais de 70 anos de assistência

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

CONTRATO DE GESTÃO Nº 023/2026



S3 GESTÃO EM SAÚDE

Mais de 70 anos de assistência

RELATÓRIO MENSAL COM CUMPRIMENTO DE METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS

SETEMBRO/2026

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 4
OBJETIVO.....5
CONTEXTUALIZAÇÃO.....6
METAS QUALITATIVAS.....8
METAS QUANTITATIVAS 103
CONSIDERAÇÕES FINAIS 126

1.

INTRODUÇÃO

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

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

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

Assim, este documento é o oitavo (8º) Relatório de Prestação de Contas do Contrato de Gestão Nº 023/2026, onde será possível apresentar o desempenho da equipe no período de 01 a 30 de setembro, avaliar os fatores, sejam eles de doença ou sociais que influenciaram nos resultados e na execução das metas contratuais quantitativas e qualitativas, bem como outros fatos relevantes ocorridos no período.

2.

OBJETIVO

Apresentar as atividades administrativas e operacionais executadas pela gestão no período de 01 a 30 de setembro de 2026, evidenciando as metas qualitativas e quantitativas definidas no âmbito do Contrato de Gestão Nº 023/2026, ratificando o compromisso da S3 Gestão em Saúde com a transparência e qualidade dos serviços prestados.

3.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente relatório tem por objetivo apresentar e descrever as atividades assistenciais desenvolvidas no Hospital Municipal de Araucária (HMA), durante o mês de setembro/2026, do Contrato de Gestão 023/2026. Os indicadores de desempenho são parâmetros de acompanhamento definidos contratualmente, sendo ferramentas a serem utilizadas com a finalidade de avaliar a qualidade do serviço prestado, considerando os conceitos e objetivos de cada indicador.

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

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

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

3.1

CENÁRIO OPERACIONAL E ESTRUTURAL DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

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

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

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

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

4.

METAS QUALITATIVAS

Durante o mês em análise, a performance atingiu 77,00 pontos de um total de 100 (cem) possíveis nos indicadores qualitativos do contrato, considerando os pesos atribuídos a cada indicador conforme previsto contratualmente.

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

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

Tabela 1: Indicadores Qualitativos, setembro 2026.

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
1	Taxa ocupação Pediátrica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	36,00%	0,0
2	Taxa de ocupação da Cirurgia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	92,31%	2,0
3	Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	73,41%	0,0
4	Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	63,70%	0,0
5	Taxa de ocupação do UCIN	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	37,78%	0,0
6	Taxa de ocupação Internação Clínica Médica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	90,43%	2,0

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
7	Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	89,26%	2,0
8	Taxa de ocupação da UTI Pediátrica	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	11,11%	0,0
9	Taxa de ocupação da Unidade Neonatal	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	86,00%	2,0
10	Manter a Média de Permanência da Pediatria	≤ 04 dias	2	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	1,86	2,0
11	Manter a Média de Permanência da Cirurgia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,17	3,0
12	Manter a Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,16	3,0
13	Manter a Média de Permanência da UCIN	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	3,78	3,0

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
14	Manter a Média de Permanência da Clínica Médica	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	3,69	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	4,46	4,0
16	Manter a Média de Permanência da UTI Pediátrica ≤ 10 dias	≤ 10 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica x 100	2,00	4,0
17	Manter a Média de Permanência na Unidade Neonatal	≤ 14 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica x 100	14,33	0,0
18	Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados	≤ 4%	2	Nº de cirurgias realizadas no dia/Nº de cirurgias programadas no mapa cirúrgico do dia anterior) x 100	0,0%	2,0
19	Proporção de partos vaginais	≥ 65%	1,5	Total de partos vaginais/ total de partos realizados) x 100	50,89%	0,0

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
20	Taxa de Mortalidade Não Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos antes 24h e/ou internação / total saídas) x 100	0,69%	0,5
21	Taxa de Mortalidade Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos após 24h e/ou Internação / total saídas) x 100	3,27	0,5
22	Taxa de Mortalidade Materna/Infantil Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos maternos Ocorridos em estabelecimentos de saúde / total saídas) x 100	0,34	0,5
23	Taxa de Mortalidade Cirúrgica	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado	0,5	Nº de óbitos até sete dias após procedimento cirúrgico/Nº cirurgias realizadas) x 100	2,73	0,5

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
		pela comissão de óbitos				
24	Taxa de acolhimento com classificação de risco por Enfermeiro aos usuários atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico	≥ 98%	0,5	Nº total de pacientes classificados / Nº total de pacientes atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico. X 100	99,24%	0,5
25	Tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco	≤ 8 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera para classificação de Risco de todos os pacientes / Nº total de pacientes atendidos)	00:05:24	0,5
26	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico - Risco Azul/Não Urgente	≤ 240 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes não urgente/Nº total de pacientes Não Urgentes não atendidos	00:21:44	0,5
27	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Verde/ Pouco Urgente	≤ 120 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Pouco Urgente/Nº total de pacientes Pouco Urgente não atendidos	00:23:36	0,5

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
28	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico - Risco Amarelo/Urgente	≤ 60 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Urgentes/Nº total de pacientes Urgentes não atendidos.	0:17:44	0,5
29	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Laranja/ Muito Urgente	≤ 10 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Muito Urgente /Nº total de pacientes Muito Urgente não atendidos	00:08:00	0,5
30	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Vermelho/ Emergência	Imediato	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Emergência /Nº total de pacientes Emergência não atendidos.	00:00:00	0,5
31	Tempo médio permanência no PS Geral < 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	1:11:58	1,5
32	Tempo médio permanência no PS Obstétrico 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	1:02:02	1,5

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
33	Tempo médio permanência no PA Infantil 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	01:00:17	1,5
34	Taxa Global de Infecção Hospitalar	≤ 2%	2	(Nº de infecções hospitalares / total saídas) x 100	0,86%	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	15,38	0,0
36	Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV)	≤ 1	2	(Nº de pacientes com ITU associada à CV / CV dia) x 1.000.	0,00	2,0
37	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC)	≤ 10	2	(Nº de pacientes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC/CVC dia) x 1.000	12,58	0,0

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
38	Incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas	≤ 1	2	(Nº de ISC em cirurgias limpas/Nº de cirurgias limpas realizadas) x 100	0,65%	2,0
39	Incidência de quedas de pacientes internados	≤ 1	2	(Nº de quedas / Nº de pacientes dia) x 1000.	1,62	0,0
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	0,38	2,0
41	Apresentar taxa de cumprimento do Checklist de Cirurgia Segura do protocolo de cirurgia segura	Cumprido = 1,00 Não Cumprido=0,0	1	(Nº de checklists de cirurgia segura preenchidos corretamente / Nº total de cirurgias realizadas) x 100.	100%	1,0
42	Disponibilizar 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital	100%	1	(Total de SADT eletivo disponibilizado no Sistema de informação/ Meta pactuada para SADT eletivo) x 100.	122,53%	1,0

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
43	Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital	100%	1	(Total de primeiras consultas disponibilizadas no Sistema de Informação/ Meta pactuada para primeiras consultas) x 100.	121,74%	1,0
44	Realizar 100% das confirmações de presença e faltados pacientes eletivos agendados no Sistema de Informação utilizado pela SMSA.	100%	1	(Total de confirmações de presença e falta realizadas no Sistema de informação da SMSA/ Total de agendamentos) x100.	97,98%	0,0

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

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
47	Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% (cem por cento) das puérperas e dos recém-nascidos (RN) egressos nas Unidades de Saúde	100%	1,5	(Total de agendamentos de puérperas e RN de alta referenciada realizados / Total de saídas hospitalares) x 100.	100%	1,5
48	Percentual de reinternações em até 30 dias inferior a 20%.	≤ 20%	1,5	(Nº de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Nº total de internações hospitalares) X 100	9,29%	1,5
49	Garantir 100% de aprovação das AIH's apresentadas, referentes aos internamentos no mês subsequente à ocorrência.	100%	1,0	(AIH's aprovadas/ AIH's apresentadas) x 100.	100%	1
50	Respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão,	≥ 80%	1	Total respostas dadas aos usuários no prazo/Total de Manifestações ocorridas no mês) x 100	100%	1

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

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

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

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

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

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
67	Manter Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente	≥75%	1	(Nº de Funcionários Capacitados em Metas de Segurança / Nº Total de Funcionários) x 100	169%	1,0
68	Manter índice de Atualização Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%	60%	1	(Nº de Funcionários Capacitados / Nº Total de Funcionários) x 100	112,39%	1,0
TOTAL			**100**	**PONTUAÇÃO FINAL: 77,00**		

4.1

ANÁLISE DAS METAS QUALITATIVAS

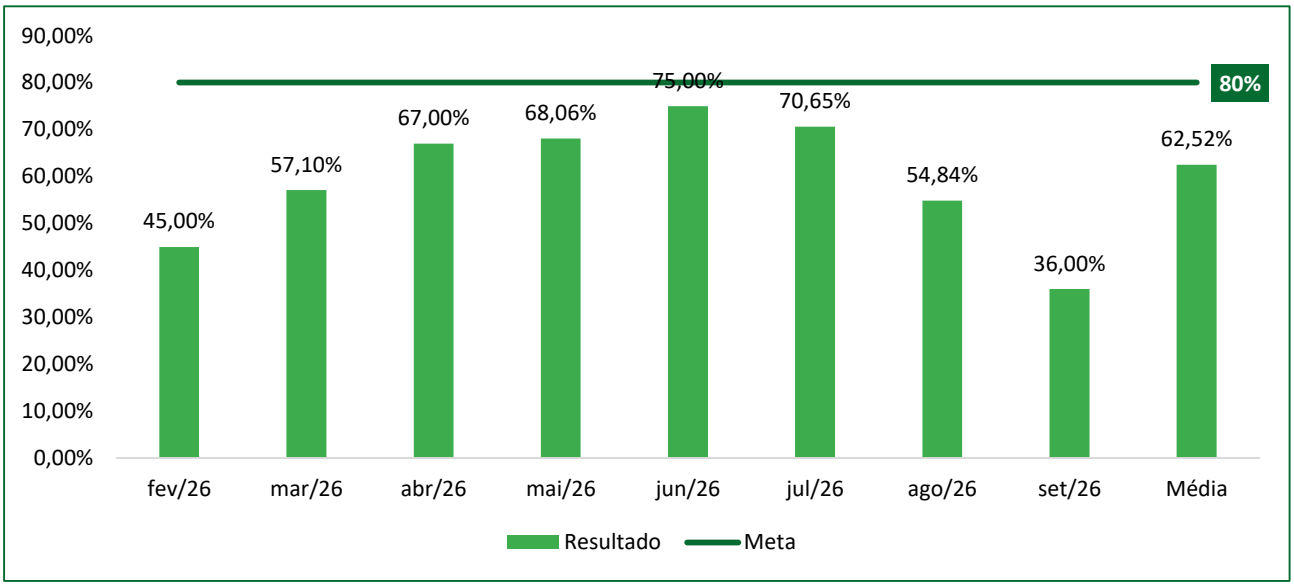
Análise crítica pela equipe gestora, considerando fatores assistenciais, epidemiológicos, regulatórios e estruturais que possam ter influenciado os resultados observados.

Ressalta-se que parte dos indicadores de ocupação hospitalar está diretamente relacionada ao comportamento da demanda regulada pela Rede Municipal de Saúde, não sendo integralmente dependente da governabilidade da Contratada. É mister reiterar que durante a competência analisada, o Hospital Municipal de Araucária funcionou com sua capacidade total instalada, desse modo, o não atingimento de determinados indicadores deve ser analisado e associado a sua respectiva demanda.

Por fim, ao longo deste documento será possível contemplar a análise individualizada dos indicadores qualitativas, assim como a apresentação dos planos de ação específicos para monitoramento e recuperação dos resultados alcançados até a competência atual.

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE OCUPAÇÃO

Gráfico 1: Taxa de Ocupação da Pediatria, setembro – 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de setembro de 2026, a Clínica Pediátrica registrou 108 pacientes-dia, correspondendo a uma taxa de ocupação de 36,00%, resultado inferior à meta contratual de 80%.

A série histórica evidencia redução progressiva da ocupação nos últimos meses, passando de 75,00% em maio para 70,65% em junho, 68,06% em julho, 54,84% em agosto e 36,00% em setembro. O resultado representa uma queda de 18,84 pontos percentuais em relação ao mês anterior, demonstrando uma tendência de redução na utilização dos leitos pediátricos.

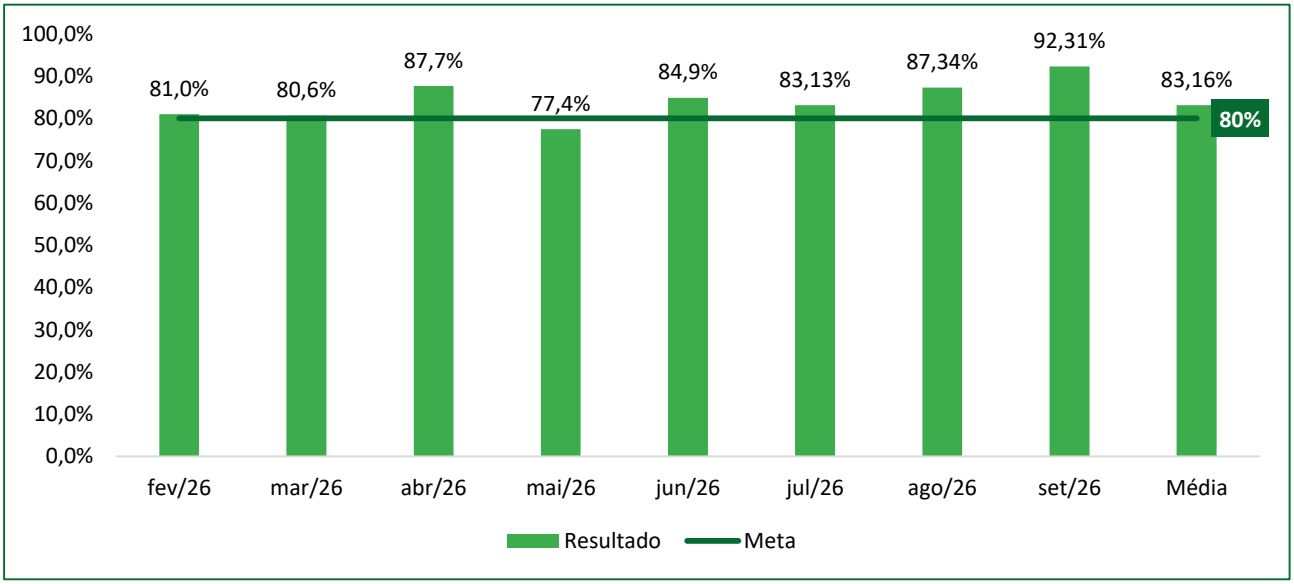
Esse comportamento deve ser analisado considerando a demanda populacional por internações pediátricas e o perfil assistencial do hospital. A manutenção de taxas inferiores à meta pode indicar que a demanda efetiva de pacientes com necessidade de internação não seja suficiente para atingir o percentual contratualmente estabelecido. Além disso, parte dos atendimentos realizados no Pronto Atendimento Infantil (PAI) é resolvida por meio

de observação, estabilização ou encaminhamento à rede, sem necessidade de ocupação dos leitos de internação.

Nesse contexto, a rotatividade dos atendimentos, o tempo de permanência e os encaminhamentos realizados por meio da regulação podem influenciar a utilização dos leitos disponíveis. Ressalta-se que a taxa de ocupação deve ser avaliada considerando a finalidade assistencial de cada componente, distinguindo-se os leitos destinados à internação hospitalar daqueles utilizados para observação e estabilização clínica.

Considerando o resultado apresentado, permanece importante o acompanhamento da demanda pediátrica, dos fluxos de internação e transferência e da utilização efetiva da capacidade instalada. A avaliação conjunta com a SMSA/DUE contribui para o alinhamento dos processos assistenciais, considerando as características do serviço, a segurança dos pacientes e os parâmetros estabelecidos no Termo de Referência.

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



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

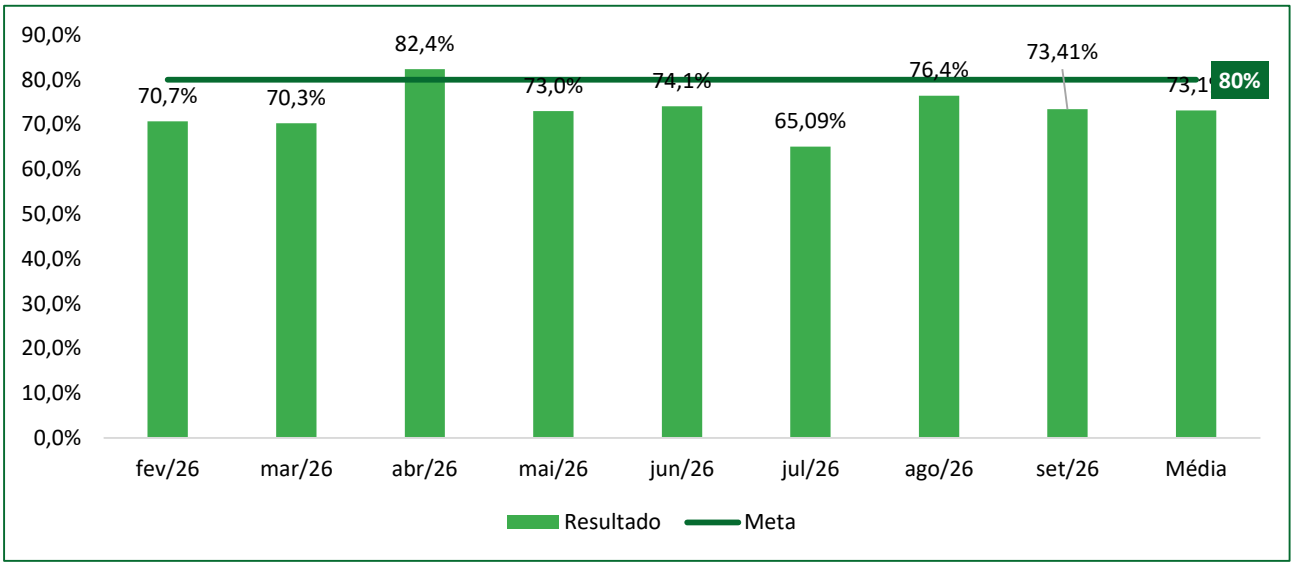
No mês de setembro de 2026, a Clínica Cirúrgica registrou 360 pacientes-dia, correspondendo a uma taxa de ocupação de 92,31%, superando a meta contratual de 80% em 12,31 pontos percentuais. Em comparação ao mês de agosto, quando o indicador

alcançou 87,34%, observa-se um aumento de 4,97 pontos percentuais, demonstrando maior utilização da capacidade instalada no período.

O desempenho apresentado está relacionado à dinâmica assistencial da unidade, responsável pelo atendimento de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência, que demandam acompanhamento hospitalar durante os períodos pré e pós-operatórios. A elevada ocupação evidencia a importância da organização dos fluxos cirúrgicos, da programação dos procedimentos e da disponibilidade de leitos para assegurar a continuidade da assistência.

O resultado demonstra o cumprimento da meta estabelecida e a manutenção de elevada utilização dos leitos cirúrgicos. Considerando o percentual alcançado, destaca-se a importância do acompanhamento contínuo da ocupação, associado ao planejamento das admissões e altas hospitalares, de modo a preservar a capacidade de atendimento às demandas cirúrgicas e a segurança assistencial.

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



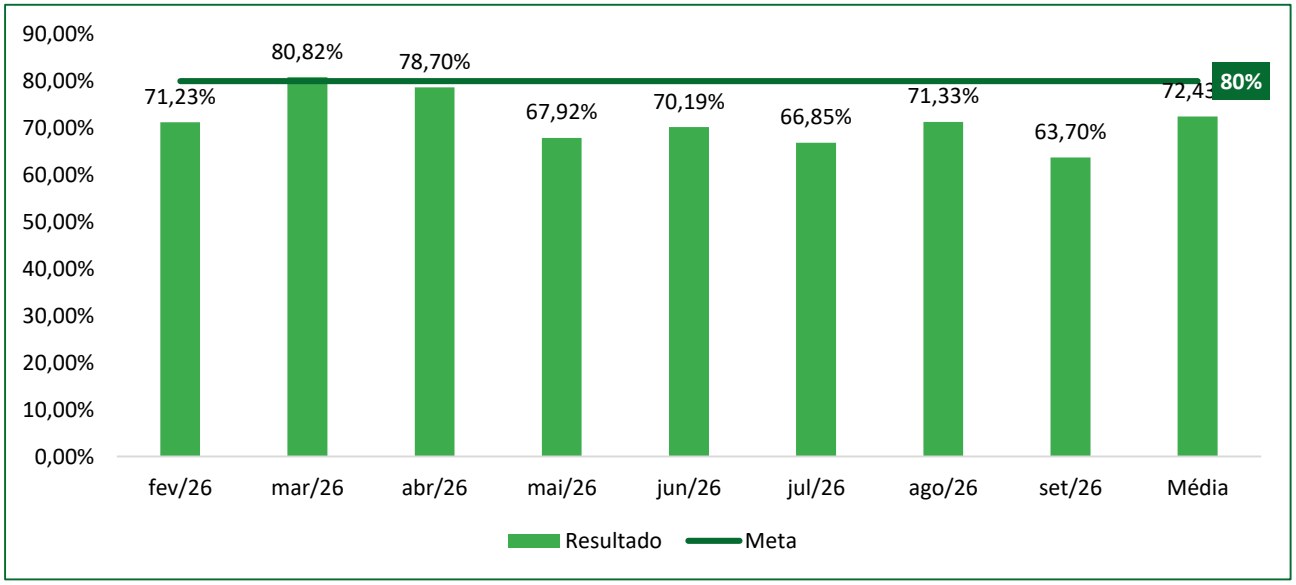
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Em setembro de 2026, a Taxa de Ocupação da Internação Geral foi de 73,41%, considerando 1.850 pacientes-dia e 2.520 leitos-dia, permanecendo 6,59 pontos percentuais abaixo da meta contratual de 80%. Em comparação a agosto, quando o indicador registrou 76,40%, houve redução de 2,99 pontos percentuais.

Entre as unidades avaliadas, a Clínica Cirúrgica apresentou taxa de ocupação de 92,31%, com 360 pacientes-dia, seguida da Clínica Médica, com 90,43% e 624 pacientes-dia. A UTI Adulto alcançou 89,26%, com 241 pacientes-dia, enquanto a UTI Neonatal registrou 86,00%, com 129 pacientes-dia. Todas essas unidades superaram suas respectivas metas contratuais.

Por outro lado, a Clínica Pediátrica apresentou ocupação de 36,00%, a Clínica Obstétrica de 63,70%, a UCIN de 37,78% e a UTI Pediátrica de 11,11%, contribuindo para a redução do resultado consolidado. Essa diferença entre os setores deve ser analisada considerando o perfil assistencial do HMA e os fluxos de encaminhamento e regulação de pacientes, que influenciam diretamente a utilização dos leitos hospitalares.

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



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de setembro de 2026, a Clínica Obstétrica registrou 344 pacientes-dia, correspondendo a uma taxa de ocupação de 63,70%, considerando 18 leitos ativos, permanecendo abaixo da meta contratual de 80%.

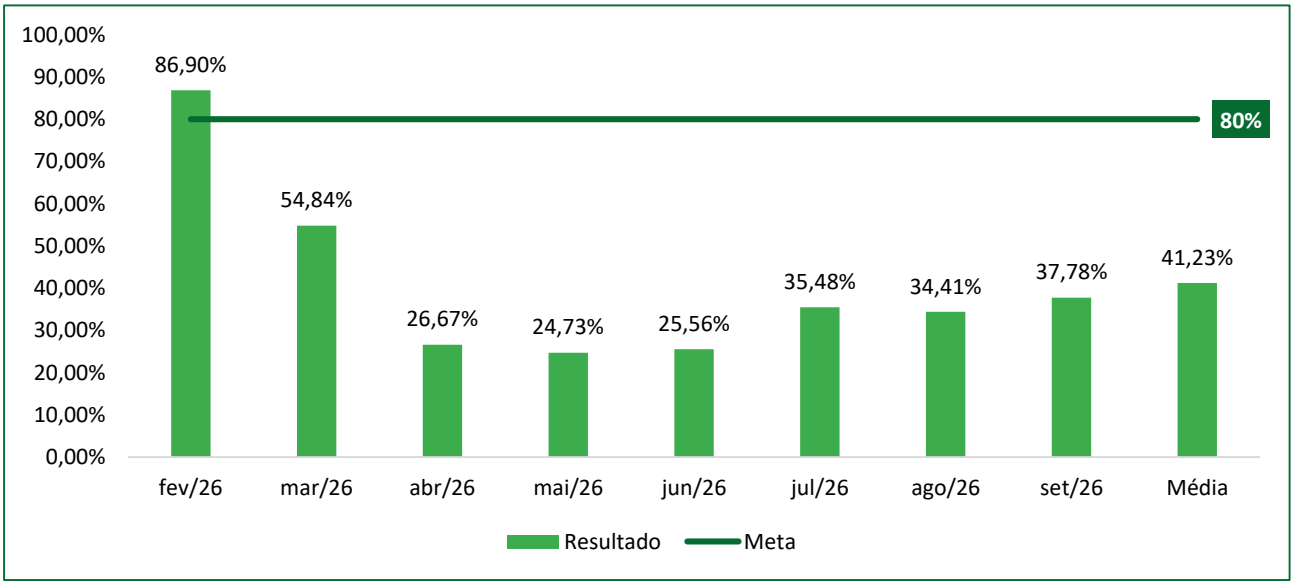
A análise da série histórica demonstra oscilações na ocupação, com resultados de 70,19% em junho, 66,85% em julho e 71,33% em agosto. Em setembro, houve redução de 7,63 pontos percentuais em relação ao mês anterior, representando o menor percentual

dos últimos quatro meses. Observa-se que o indicador permaneceu abaixo da meta durante todo o período analisado.

O resultado deve ser analisado considerando a organização assistencial do Hospital Municipal de Araucária, que atua como referência para a rede de urgência da 2ª Regional de Saúde, prestando assistência obstétrica de alto risco e alta complexidade, além do apoio às demandas de cirurgia geral. No âmbito da assistência obstétrica, a unidade recebe pacientes provenientes de municípios como Contenda e Lapa, além de outros contemplados nas pactuações regionais.

A ocupação dos leitos obstétricos está diretamente relacionada aos fluxos de encaminhamento estabelecidos na rede de atenção à saúde, considerando que os municípios possuem vinculações específicas com suas maternidades de referência. Dessa forma, a ampliação do número de internações não depende exclusivamente da disponibilidade de leitos ou de medidas internas da instituição, mas também do direcionamento de gestantes com perfil assistencial compatível com a estrutura e a complexidade dos serviços ofertados pelo HMA.

Gráfico 5: Taxa de Ocupação UCIN, setembro – 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

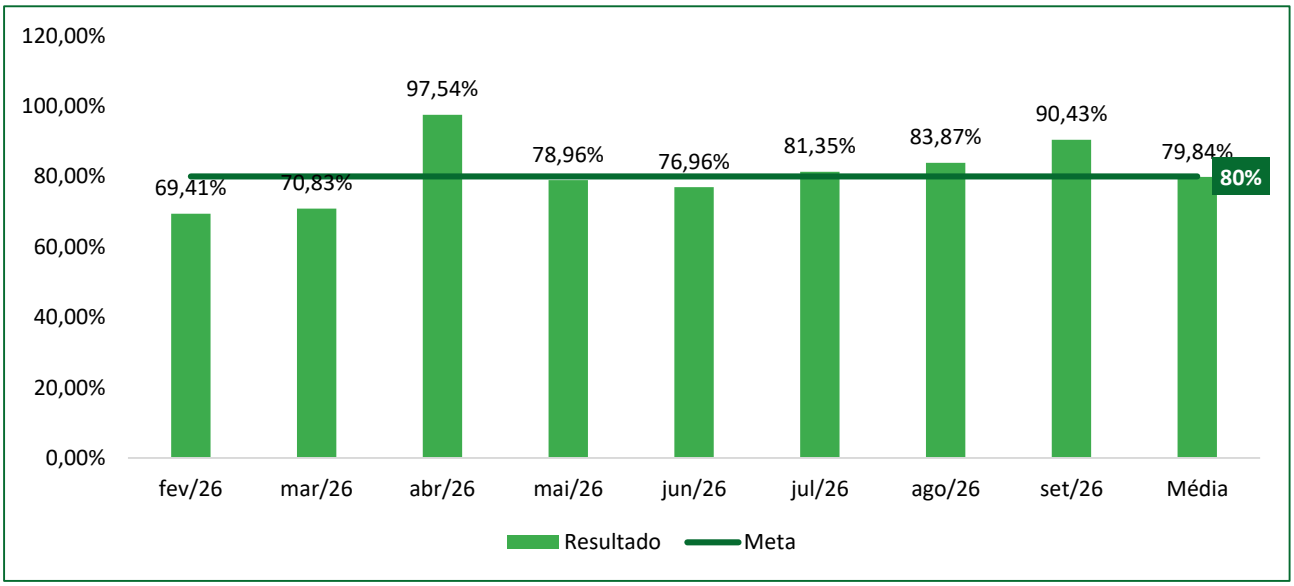
No mês de setembro de 2026, a UCIN registrou 34 pacientes-dia, considerando 3 leitos ativos e taxa de ocupação de 37,78%, permanecendo abaixo da meta contratual de 80%.

A análise da série histórica demonstra oscilações na ocupação, com resultados de 25,56% em junho, 35,48% em julho, 34,41% em agosto e 37,78% em setembro. Apesar de permanecer abaixo da meta durante todo o período, observa-se uma discreta recuperação em setembro, com aumento de 3,37 pontos percentuais em relação ao mês anterior.

O resultado deve ser analisado considerando o perfil assistencial da unidade, destinada aos recém-nascidos que necessitam de cuidados intermediários, cuja ocupação está relacionada à demanda neonatal e às condições clínicas dos pacientes.

A utilização dos leitos depende da necessidade de cuidados intermediários e da evolução dos recém-nascidos, sendo importante manter o acompanhamento do indicador, considerando as particularidades da assistência neonatal e os critérios de admissão e transferência da unidade.

Gráfico 6: Taxa de Ocupação Clínica Médica, setembro – 2026.



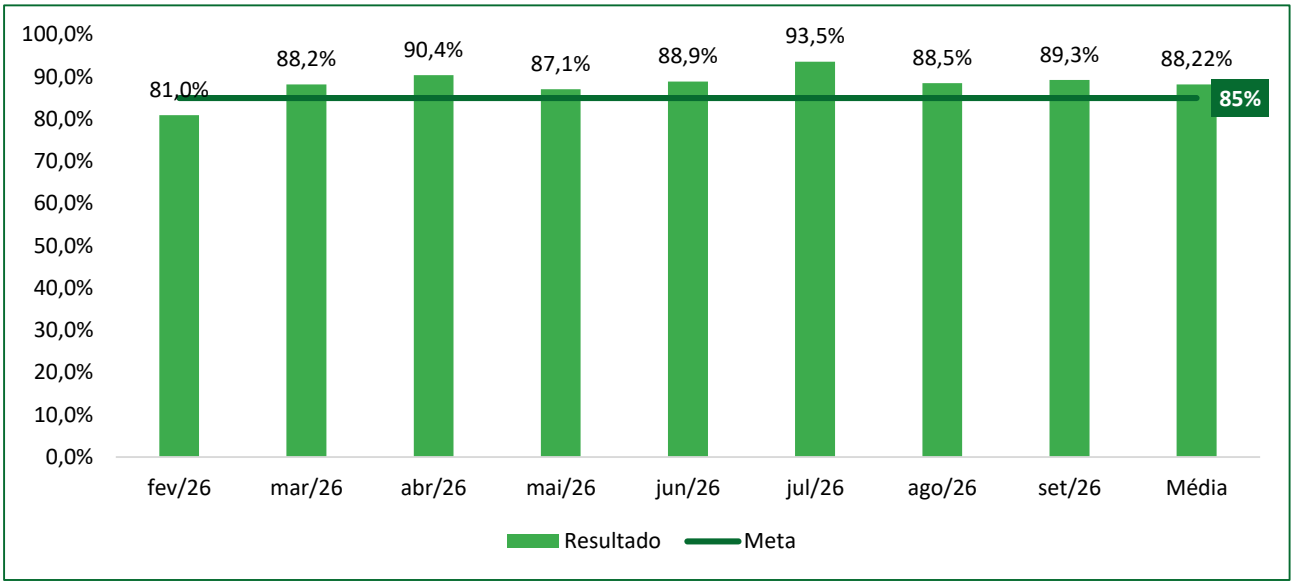
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de setembro de 2026, a Clínica Médica apresentou taxa de ocupação de 90,43%, com registro de 624 pacientes-dia, superando a meta contratual de 80% em 10,43

pontos percentuais. Em comparação ao mês de agosto, quando o indicador registrou 83,87%, houve um aumento de 6,56 pontos percentuais.

O resultado demonstra maior utilização da capacidade instalada e manutenção do fluxo de internações, incluindo pacientes encaminhados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para continuidade da assistência, investigação diagnóstica e tratamento hospitalar. A ocupação alcançada reforça a importância da Clínica Médica no atendimento à demanda da rede de urgência e emergência, mantendo o indicador acima da meta estabelecida.

Gráfico 7: Taxa de Ocupação UTI Adulto, setembro – 2026.



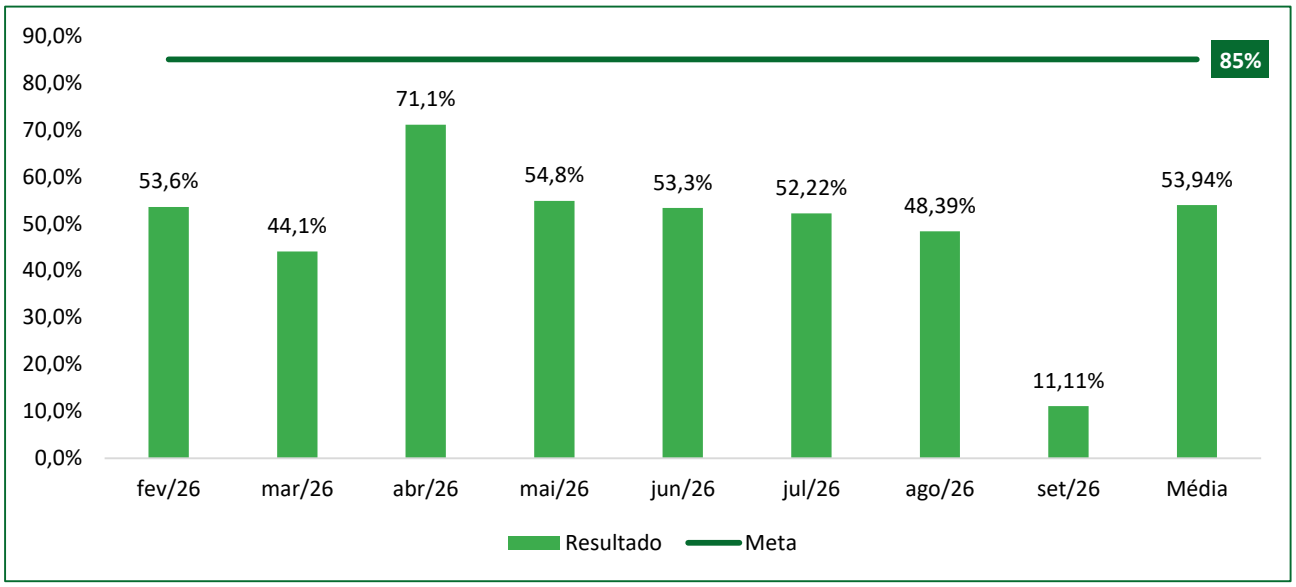
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Em setembro de 2026, a UTI Adulto apresentou taxa de ocupação de 89,26%, considerando 241 pacientes-dia e 9 leitos ativos, superando a meta contratual de 85% em 4,26 pontos percentuais.

O resultado demonstra a utilização da capacidade instalada da unidade, destinada ao atendimento de pacientes críticos que necessitam de suporte intensivo e monitoramento contínuo. A ocupação está relacionada à demanda por cuidados de maior complexidade, incluindo pacientes provenientes dos setores de urgência e emergência e de outras unidades de internação, conforme indicação clínica.

A taxa registrada permaneceu dentro do parâmetro contratual, evidenciando a manutenção da demanda por leitos de terapia intensiva no período.

Gráfico 8: Taxa de Ocupação UTI Pediátrica, setembro – 2026.



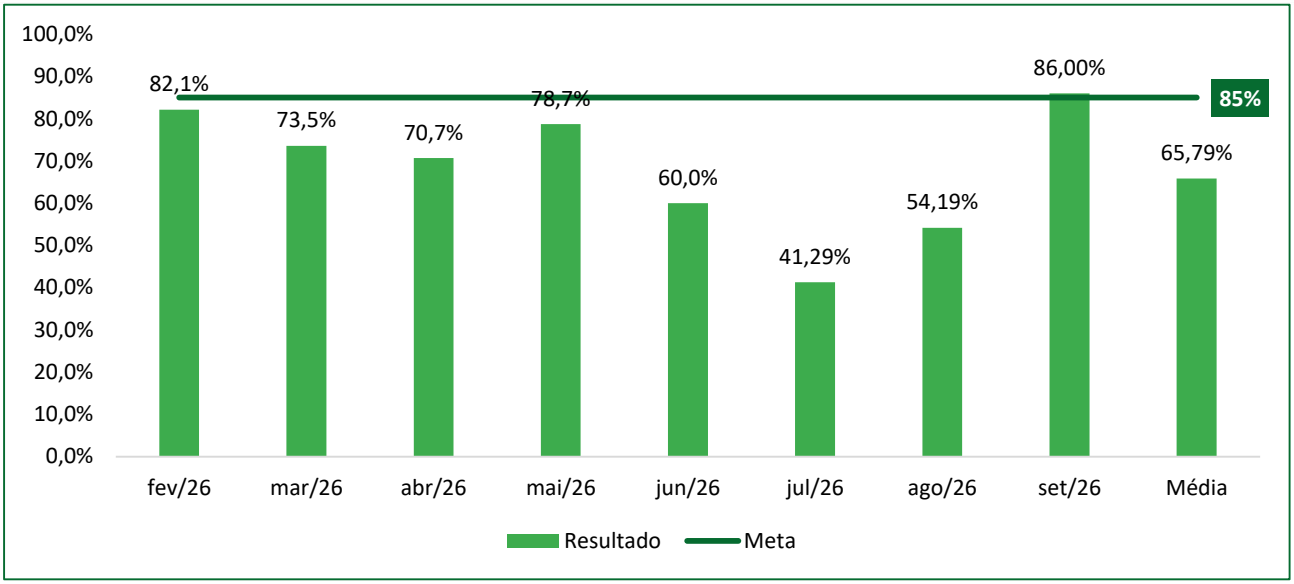
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Em setembro de 2026, a UTI Pediátrica apresentou taxa de ocupação de 11,11%, considerando 10 pacientes-dia e 90 leitos-dia, correspondentes aos 3 leitos disponíveis durante os 30 dias do mês. O resultado permaneceu abaixo da meta contratual de 85%.

A análise da série histórica evidencia redução progressiva da ocupação, passando de 53,33% em junho para 52,22% em julho, 48,39% em agosto e 11,11% em setembro. O resultado representa uma queda de 37,28 pontos percentuais em relação ao mês anterior, sendo o menor percentual registrado no período analisado.

Permanece a particularidade já apontada quanto à vocação materno-neonatal do hospital e às limitações da retaguarda de pediatria geral. Nesse contexto, a média de permanência deve ser acompanhada em conjunto com o perfil dos pacientes atendidos e as condições de transferência para continuidade segura da assistência.

Gráfico 9: Taxa de Ocupação UTI Neonatal, setembro – 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Em setembro de 2026, a UTI Neonatal registrou 129 pacientes-dia, correspondendo a uma taxa de ocupação de 86,00%, considerando 5 leitos ativos. O resultado superou a meta contratual de 85%, representando um aumento de 31,81 pontos percentuais em relação a agosto.

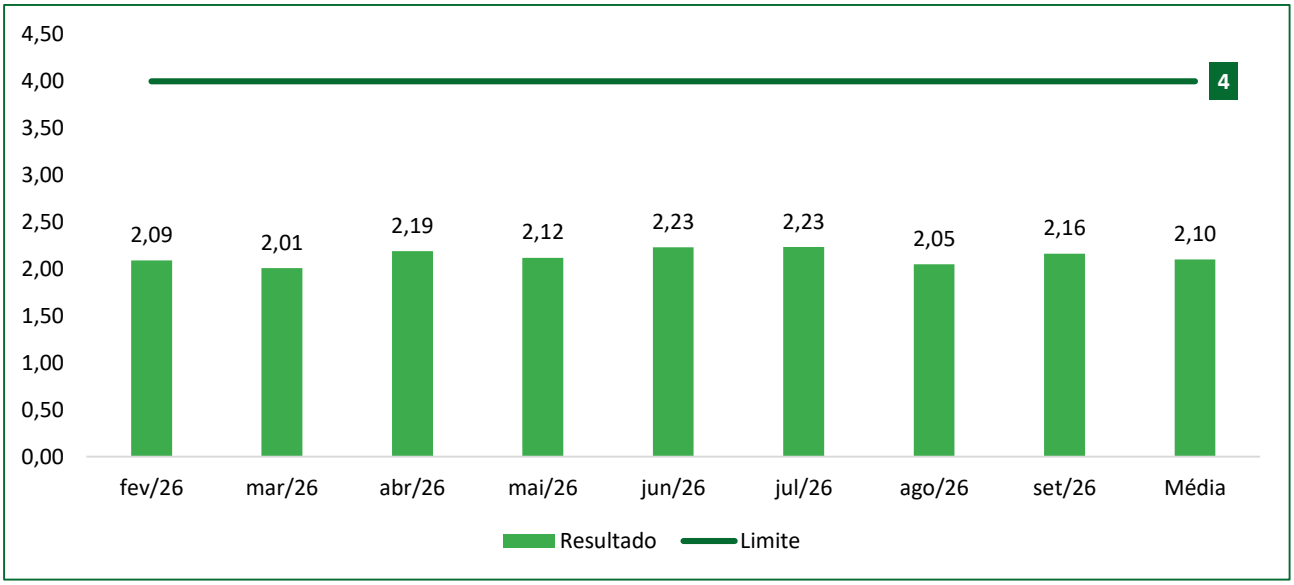
A análise da série histórica demonstra oscilações na ocupação, com resultados de 60,00% em junho, 41,29% em julho e 54,19% em agosto. Em setembro, observou-se recuperação expressiva, alcançando o maior percentual dos últimos quatro meses e superando, pela primeira vez nesse período, a meta estabelecida.

A evolução do indicador deve ser considerada em conjunto com o perfil assistencial da unidade, que integra a maternidade de alto risco e atende recém-nascidos com necessidade de cuidados intensivos. A ocupação está relacionada à demanda neonatal, às condições clínicas dos pacientes e aos encaminhamentos realizados pela regulação.

O resultado de setembro demonstra maior utilização dos leitos neonatais e evolução favorável do indicador, sendo importante acompanhar a manutenção desse desempenho nos próximos meses.

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – MÉDIA DE PERMANÊNCIA

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

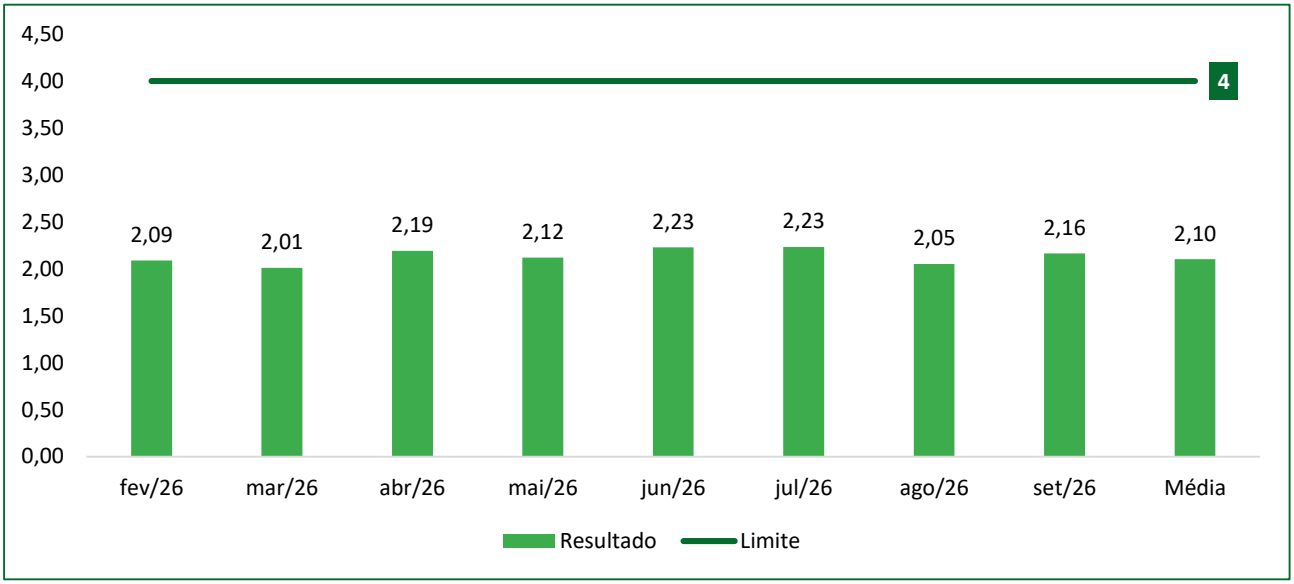


Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Em setembro de 2026, a Clínica Pediátrica apresentou média de permanência de 1,86 dia, abaixo da meta contratual de 4 dias. Em comparação a agosto, quando a média foi de 2,50 dias, houve redução de 25,6%.

O resultado demonstra a manutenção do indicador dentro do parâmetro estabelecido, devendo ser analisado considerando o perfil clínico dos pacientes, a complexidade dos casos e a evolução durante o tratamento. Embora a média de permanência possa influenciar a dinâmica assistencial, seu comportamento não reflete necessariamente a taxa de ocupação da unidade, que também está relacionada à demanda por internações.

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



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

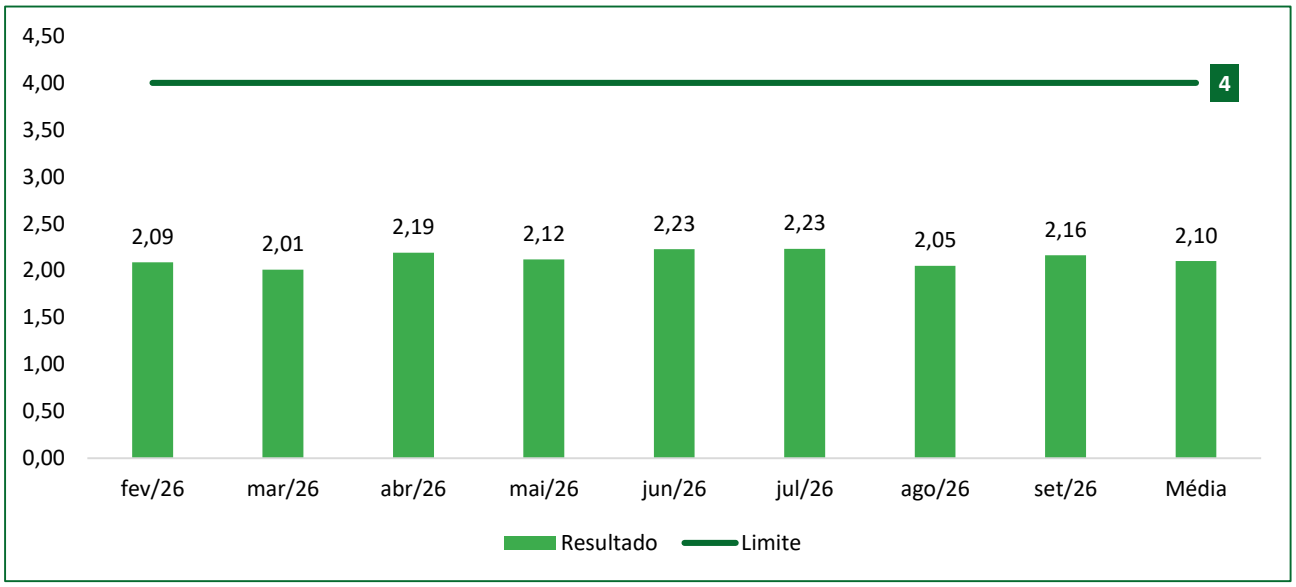
No mês de setembro de 2026, a Clínica Cirúrgica apresentou média de permanência de 2,17 dias, considerando 360 pacientes-dia e 166 saídas hospitalares, mantendo-se abaixo do limite contratual de 4 dias. Em comparação ao mês de agosto, quando o indicador registrou 1,93 dia, houve aumento de 0,24 dia.

Essa variação pode estar relacionada às diferentes necessidades de acompanhamento e recuperação dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, especialmente no período pós-operatório, considerando a complexidade dos procedimentos realizados, as condições clínicas individuais e a evolução durante a internação. Apesar do aumento observado, o tempo médio de permanência permaneceu dentro do parâmetro contratual, sem evidenciar prolongamento expressivo das internações.

A avaliação do indicador deve considerar as particularidades da assistência cirúrgica, uma vez que o período necessário para recuperação e alta hospitalar pode variar conforme o procedimento realizado e a resposta clínica de cada paciente. Nesse contexto, a média de permanência reflete o tempo de internação dos pacientes e não apresenta relação direta e isolada com a taxa de ocupação, que também depende da demanda por internações e da disponibilidade de leitos.

O resultado de setembro demonstra a manutenção do indicador dentro da meta estabelecida, sendo importante acompanhar sua evolução nos próximos meses, considerando o perfil dos atendimentos cirúrgicos e a necessidade de assegurar condições adequadas para a recuperação e a alta segura dos pacientes.

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



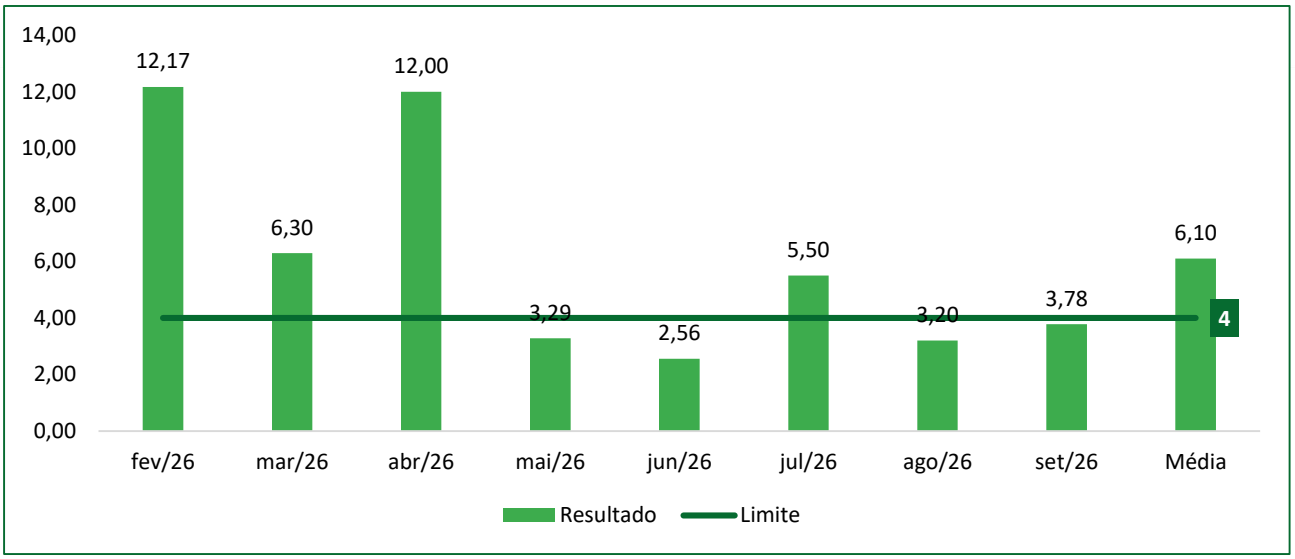
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Em setembro de 2026, a Clínica Ginecológica/Obstétrica apresentou média de permanência de 2,16 dias, considerando 344 pacientes-dia e 159 saídas hospitalares. O resultado permaneceu abaixo da meta contratual de 4 dias, com discreto aumento em relação a agosto, quando a média foi de 2,05 dias.

A variação observada foi de apenas 0,11 dia e não representou alteração significativa no comportamento do indicador. Considerando o perfil da unidade, que atende pacientes ginecológicas e obstétricas, incluindo gestantes de alto risco, o tempo de internação pode variar conforme as condições clínicas, a assistência ao parto e a recuperação pós-parto.

Mesmo com o pequeno aumento, a média de permanência manteve-se dentro do parâmetro contratual, sem indicação de prolongamento expressivo das internações no período.

Gráfico 13: Média de Permanência da UCIN, setembro – 2026.

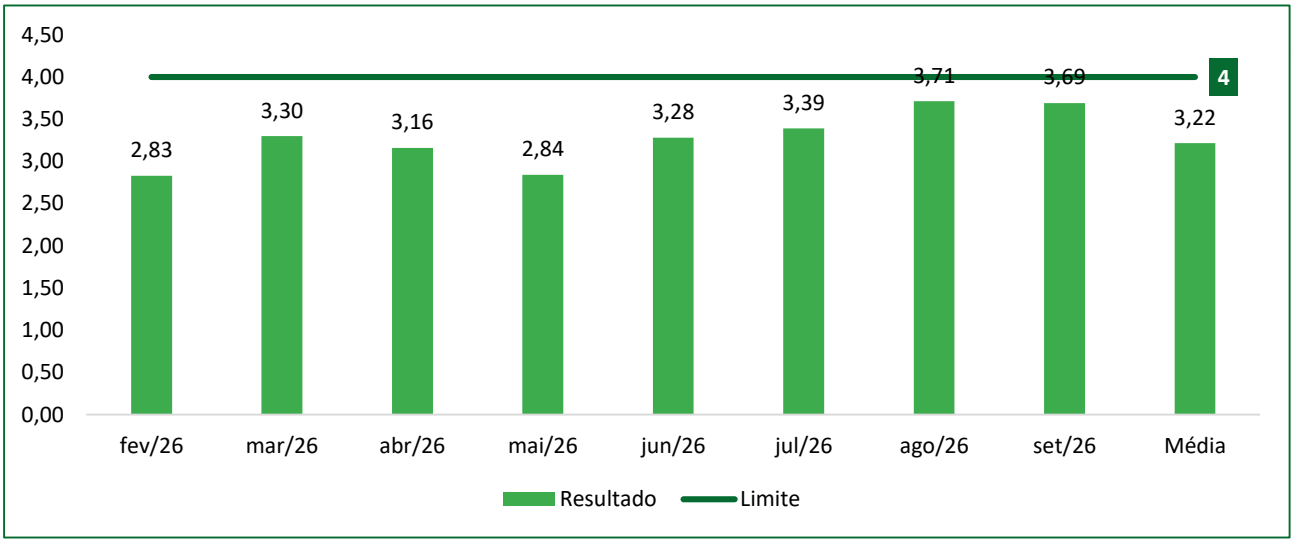


Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

No mês de setembro de 2026, a UCIN apresentou média de permanência de 3,78 dias, considerando 34 pacientes-dia e 9 saídas, mantendo-se abaixo da meta contratual de 4 dias.

O resultado demonstra o cumprimento da meta estabelecida, com tempo médio de internação compatível com o limite previsto. A permanência dos recém-nascidos está relacionada à evolução clínica e à necessidade de cuidados intermediários, sendo as altas e transferências definidas conforme as condições individuais de cada paciente. Nesse contexto, a média de permanência deve ser avaliada de forma individualizada, não estando necessariamente associada à taxa de ocupação dos leitos, que também depende da demanda por internações.

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

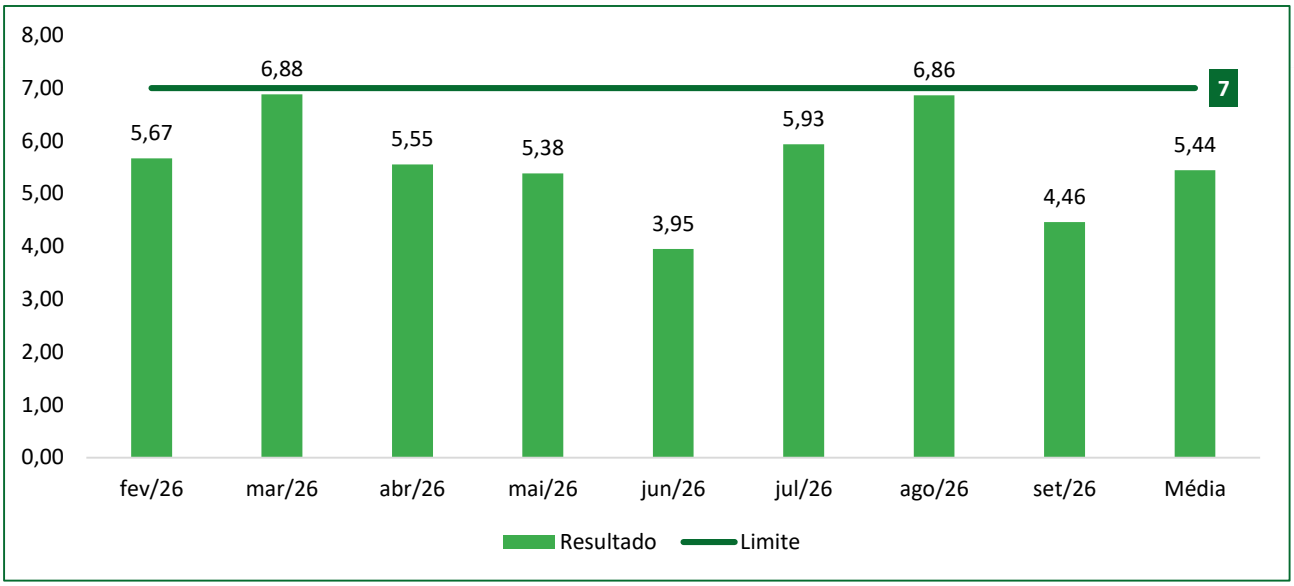


Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Em setembro de 2026, a Clínica Médica apresentou média de permanência de 3,69 dias, considerando 624 pacientes-dia e 169 saídas hospitalares, mantendo-se abaixo da meta contratual de 4 dias.

O indicador deve ser analisado considerando o perfil clínico dos pacientes internados, que apresentam diferentes graus de complexidade e necessidades de investigação diagnóstica, tratamento e monitoramento hospitalar. Mesmo com a taxa de ocupação de 90,43% registrada no período, a média de permanência permaneceu dentro do parâmetro contratual, indicando manutenção da rotatividade dos leitos sem prolongamento expressivo das internações.

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



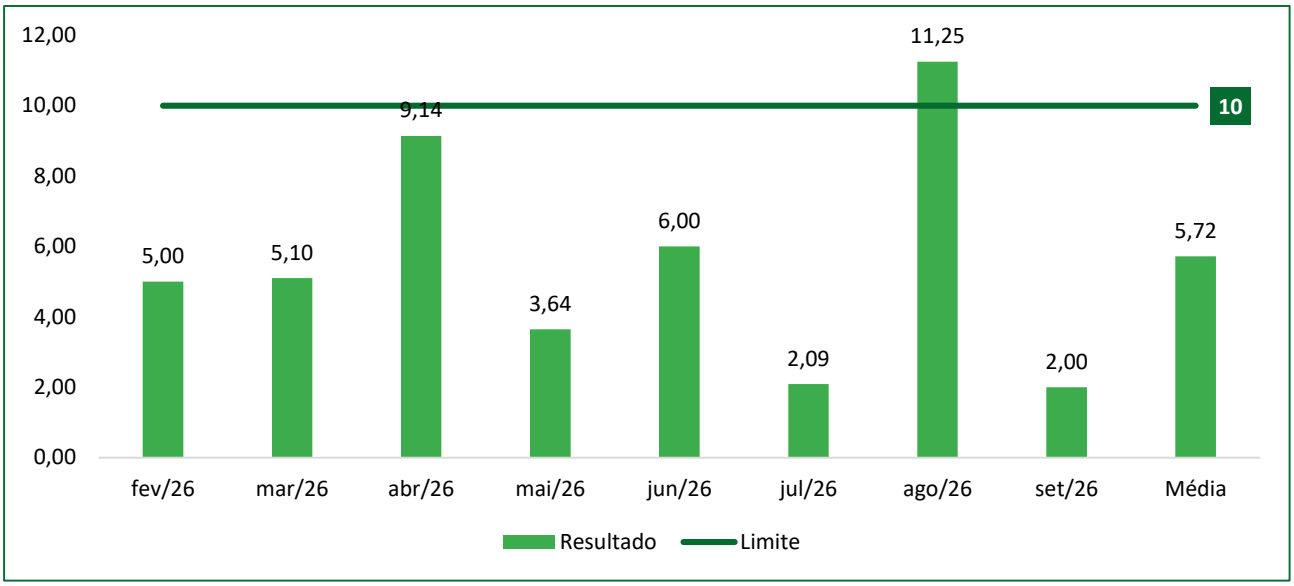
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Em setembro de 2026, a UTI Adulto apresentou média de permanência de 4,46 dias, considerando 241 pacientes-dia e 54 saídas hospitalares, resultado inferior à meta contratual de 7 dias.

A média registrada deve ser considerada em relação à complexidade dos pacientes atendidos, uma vez que o tempo de internação em terapia intensiva está diretamente relacionado à gravidade clínica, à necessidade de suporte orgânico e à resposta ao tratamento instituído.

O indicador permaneceu dentro do parâmetro estabelecido, mesmo com a taxa de ocupação de 89,26%, demonstrando que a elevada utilização dos leitos não foi acompanhada de aumento excessivo no tempo médio de permanência.

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



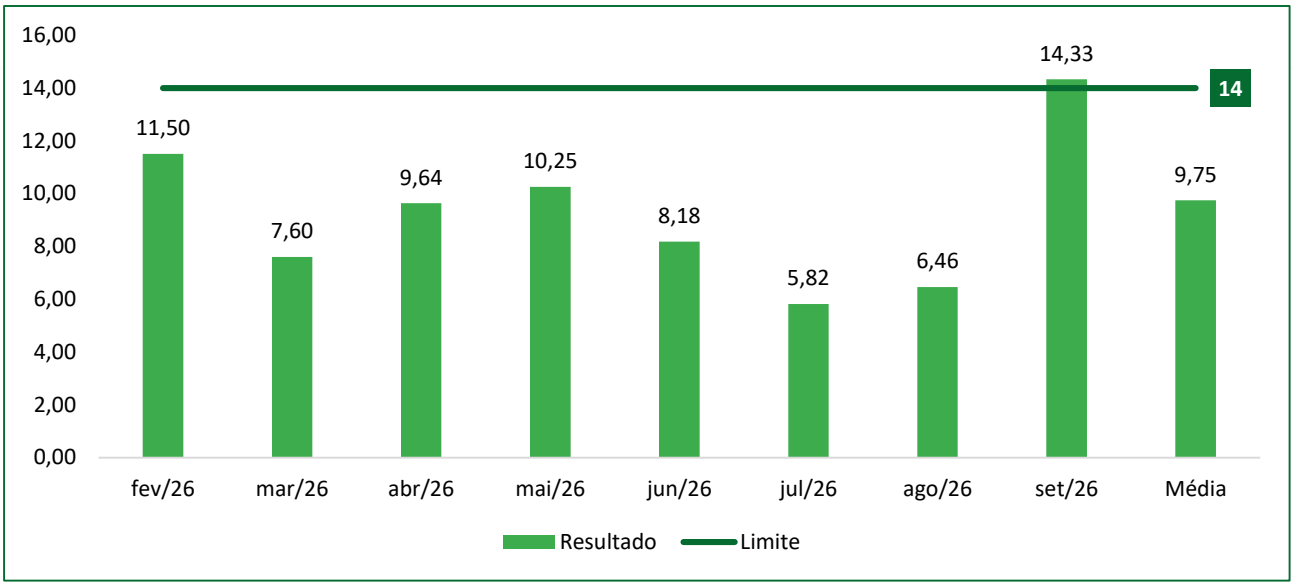
Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

Em setembro de 2026, a UTI Pediátrica apresentou média de permanência de 2,00 dias, considerando 10 pacientes-dia e 5 saídas hospitalares no período. O resultado permaneceu abaixo do limite contratual de 10 dias, demonstrando o cumprimento da meta estabelecida.

A baixa ocupação evidencia a reduzida utilização dos leitos no período, devendo ser analisada considerando o perfil assistencial da unidade e a demanda por internações em terapia intensiva pediátrica, diretamente relacionada aos fluxos de encaminhamento e regulação de pacientes.

Embora o indicador não tenha atingido a meta estabelecida, a taxa de ocupação, isoladamente, não permite concluir sobre a qualidade da assistência prestada, sendo necessário considerar as características da demanda e a utilização dos leitos no período avaliado.

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



Fonte: Relatório TASY CATE1127 (2026)

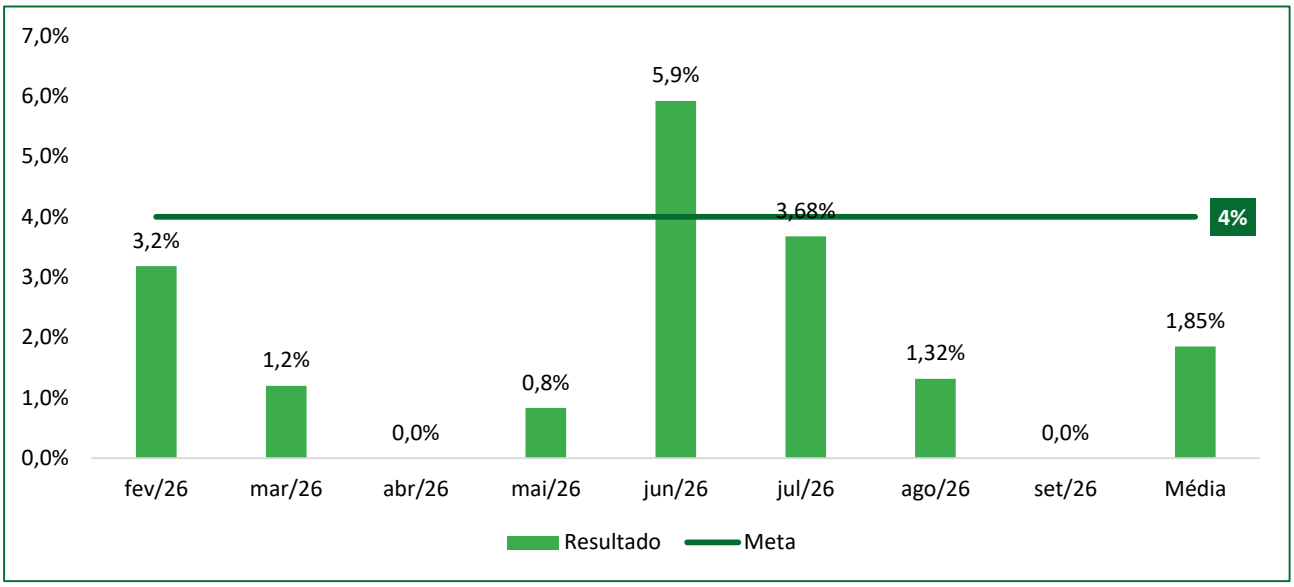
Em setembro de 2026, a UTI Neonatal apresentou média de permanência de 14,33 dias, considerando 129 pacientes-dia e 9 saídas hospitalares, resultado 0,33 dia acima do limite contratual de 14 dias.

Em comparação ao mês anterior, quando o indicador registrou 6,46 dias, houve aumento de 7,87 dias. No mesmo período, a taxa de ocupação passou de 54,19% para 86,00%, demonstrando maior utilização dos leitos neonatais.

A variação da média de permanência deve ser analisada considerando o perfil assistencial da unidade, destinada ao atendimento de recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos. A complexidade dos casos, as condições clínicas e a necessidade de acompanhamento prolongado podem influenciar o tempo de internação, independentemente do percentual de ocupação dos leitos.

Embora o indicador tenha ultrapassado discretamente o limite contratual, o resultado deve ser acompanhado considerando as particularidades da assistência neonatal, a evolução clínica dos pacientes e os critérios necessários para alta ou transferência segura.

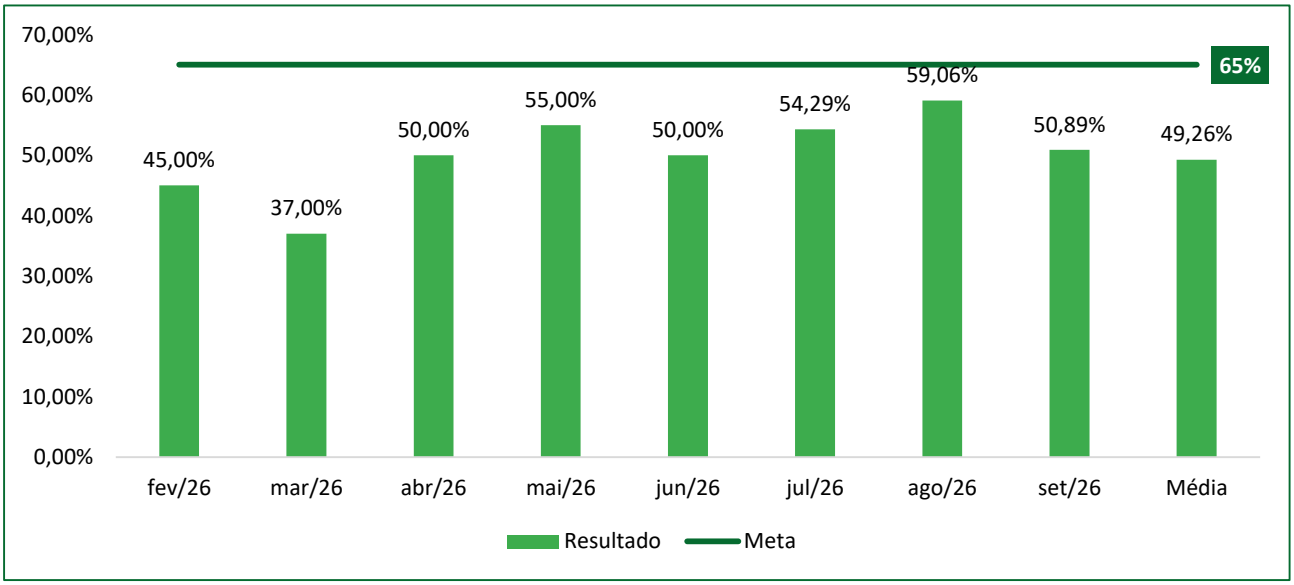
Gráfico 18: Taxa de Suspensão de Cirurgia, setembro – 2026.



Fonte: Agendamento Cirúrgico HMA(2026)

No mês de setembro de 2026, não foram registrados cancelamentos de procedimentos cirúrgicos. O resultado demonstra desempenho satisfatório no período, evidenciando a efetividade do planejamento e da organização dos procedimentos cirúrgicos realizados na unidade.

Gráfico 19: Proporção de Partos Vaginais, setembro – 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

No mês de setembro de 2026, o Hospital Municipal de Araucária registrou 112 nascimentos, sendo 57 partos vaginais, correspondentes a 50,89% do total, e 55 cesáreas, equivalentes a 49,11%. Houve discreta predominância da via vaginal no período. Em relação à referência assistencial de 65% de partos vaginais e 35% de cesáreas, a via vaginal permaneceu 14,11 pontos percentuais abaixo da referência, enquanto a proporção de cesáreas apresentou o mesmo desvio em sentido contrário.

Comparativamente a agosto de 2026, quando foram registrados 127 partos, sendo 75 vaginais (59,06%) e 52 cesáreas (40,94%), observou-se redução de 8,17 pontos percentuais na proporção de partos vaginais. Essa variação deve ser analisada considerando as características obstétricas e as condições clínicas das pacientes atendidas em cada competência, não sendo possível atribuir a alteração do indicador exclusivamente às práticas assistenciais adotadas.

A análise das indicações registradas para cesariana demonstrou um perfil multifatorial, envolvendo antecedentes obstétricos, condições clínicas maternas, alterações da avaliação fetal, características da gestação e fatores relacionados à decisão materna. Entre os registros identificados, destacam-se cesárea anterior e iteratividade, desejo materno, apresentação pélvica, falha de indução, parada ou alteração da progressão do trabalho de parto, alterações da cardiotocografia e da vitalidade fetal, síndromes hipertensivas e pré-eclâmpsia, diabetes associada a outras condições, gemelaridade e demais intercorrências materno-fetais.

A presença dessas condições demonstra que a definição da via de nascimento envolve diferentes fatores, frequentemente associados em um mesmo atendimento. Dessa forma, as indicações devem ser avaliadas de maneira individualizada, considerando o histórico obstétrico, a evolução do trabalho de parto, as condições maternas e fetais e os registros clínicos que fundamentaram a conduta adotada.

Classificação de Robson

Para a interpretação do perfil obstétrico, foi considerada a Classificação de Robson, instrumento de monitoramento que permite organizar as gestantes em grupos com

características semelhantes, contribuindo para a avaliação da distribuição das vias de parto e da participação de cada grupo na taxa institucional de cesarianas.

A classificação considera paridade, histórico de cesárea anterior, número de fetos, apresentação fetal, idade gestacional e início do trabalho de parto. Para a presente análise, os grupos 1 e 2 foram considerados conjuntamente, assim como os grupos 3 e 4, sem diferenciação pela variável referente ao início espontâneo do trabalho de parto, indução ou realização de cesariana antes do trabalho de parto.

Grupo analisado	Características
1+2	Nulíparas, gestação única, apresentação cefálica, idade gestacional ≥37 semanas.
3+4	Multíparas sem cesariana anterior, gestação única, apresentação cefálica, idade gestacional ≥37 semanas.
5	Multíparas com uma ou mais cesarianas anteriores, gestação única, apresentação cefálica, idade gestacional ≥37 semanas.
6	Nulíparas com apresentação pélvica.
7	Multíparas com apresentação pélvica.
8	Gestação múltipla.
9	Apresentação transversa ou oblíqua.
10	Gestação única, apresentação cefálica, idade gestacional <37 semanas.

Os grupos 1+2 merecem acompanhamento específico por compreenderem gestantes nulíparas a termo, cuja evolução obstétrica pode influenciar a ocorrência da primeira cesariana e, consequentemente, o histórico reprodutivo futuro. Os grupos 3+4 abrangem multíparas sem cesárea anterior, permitindo acompanhar os resultados em uma população com possibilidade de parto vaginal quando não existem contraindicações clínicas.

O Grupo 5 também representa um importante eixo de monitoramento, considerando que o histórico de cesárea anterior influencia a avaliação das possibilidades de via de nascimento nas gestações subsequentes. Os registros de cesárea anterior e iteratividade identificados no período reforçam a necessidade de acompanhamento desse perfil, sem

que a existência de cicatriz uterina prévia seja interpretada isoladamente como indicação obrigatória de nova cesariana.

Os grupos 6 e 7 compreendem apresentações pélvicas, enquanto o Grupo 8 corresponde às gestações múltiplas e o Grupo 9 às apresentações transversas ou oblíquas. O Grupo 10 reúne gestações únicas, cefálicas e pré-termo. Essas características permitem reconhecer diferentes perfis obstétricos e suas possíveis contribuições para a ocorrência de cesarianas, especialmente em uma maternidade que atende gestantes com condições de maior complexidade.

A utilização da Classificação de Robson deve permanecer associada à análise das indicações clínicas documentadas. A classificação possui finalidade epidemiológica e de monitoramento, não substituindo a avaliação individual da gestante nem a justificativa assistencial para a definição da via de parto.

Perfil assistencial e indicações de cesariana

O Hospital Municipal de Araucária atua como maternidade de referência para gestação de alto risco, recebendo gestantes do município e da abrangência regional. Esse perfil assistencial envolve pacientes com condições clínicas e obstétricas que podem demandar maior vigilância e intervenções específicas, influenciando diretamente a distribuição das vias de nascimento.

Entre as condições identificadas nos registros de setembro, destacam-se doenças hipertensivas e pré-eclâmpsia, diabetes, prematuridade, cicatriz uterina prévia, apresentações fetais não cefálicas, gestação múltipla e intercorrências durante o trabalho de parto. Tais condições podem modificar a avaliação dos riscos materno-fetais e a necessidade de resolução operatória, conforme a evolução clínica de cada paciente.

As alterações da cardiotocografia e da vitalidade fetal, assim como as falhas de indução e as dificuldades de progressão do trabalho de parto, também exigem avaliação individualizada, considerando os achados clínicos e a evolução obstétrica documentada. A identificação dessas condições nos registros não permite, isoladamente, concluir pela adequação ou inadequação da indicação cirúrgica, sendo necessária a análise do prontuário para essa finalidade.

A proporção de cesáreas de 49,11% permaneceu acima da referência assistencial de 35%. Entretanto, esse resultado não deve ser interpretado isoladamente como falha assistencial ou ausência de incentivo ao parto vaginal. A avaliação do indicador deve considerar o perfil das gestantes, as indicações clínicas registradas, a distribuição por grupos de Robson e os desfechos maternos e neonatais.

Aspectos socioculturais e decisão materna

Além dos fatores clínicos e obstétricos, a preferência materna também integra o contexto assistencial e pode influenciar a definição da via de nascimento. Aspectos culturais, experiências anteriores, receios relacionados ao trabalho de parto e expectativas construídas durante a gestação podem contribuir para a manifestação do desejo por cesariana.

Os registros relacionados ao desejo materno devem ser interpretados considerando as demais condições clínicas e obstétricas presentes, não sendo adequado classificá-los automaticamente como cesáreas exclusivamente eletivas. A decisão pela via de nascimento deve ocorrer de forma compartilhada, respeitando a autonomia da gestante, o consentimento informado e os critérios de segurança materno-fetal.

Nesse contexto, o acompanhamento pré-natal desempenha papel importante na orientação das gestantes, permitindo esclarecer os benefícios do parto vaginal, os riscos e benefícios associados à cesariana e as situações clínicas em que a intervenção cirúrgica pode ser necessária.

O fortalecimento das ações educativas na Atenção Primária à Saúde, articuladas com a assistência hospitalar, contribui para a continuidade das orientações e para a construção de decisões informadas ao longo da gestação. A comunicação entre os serviços também favorece a identificação antecipada de fatores de risco e o planejamento da assistência ao nascimento.

Avaliação e acompanhamento institucional

A Coordenação de Ginecologia e Obstetrícia considera que a taxa de cesarianas deve ser utilizada como instrumento de monitoramento e aprimoramento da assistência, não sendo suficiente, de forma isolada, para determinar a qualidade do cuidado obstétrico.

O acompanhamento institucional deve contemplar a distribuição dos nascimentos por grupos de Robson, a proporção de cesáreas dentro de cada grupo e sua contribuição para o indicador global, além da revisão das indicações clínicas e dos desfechos maternos e neonatais.

Recomenda-se atenção especial aos grupos 1+2, 3+4 e 5, considerando sua relevância para o acompanhamento das primeiras cesáreas e das gestações com histórico de cirurgia anterior. Também se destaca a importância da padronização dos registros assistenciais, permitindo maior precisão na classificação obstétrica e na análise das indicações de cesariana.

A avaliação periódica dos resultados, associada à revisão individualizada dos atendimentos, permite identificar oportunidades de aprimoramento dos processos assistenciais, preservando a autonomia da equipe médica e a segurança das gestantes e dos recém-nascidos.

Conclusão

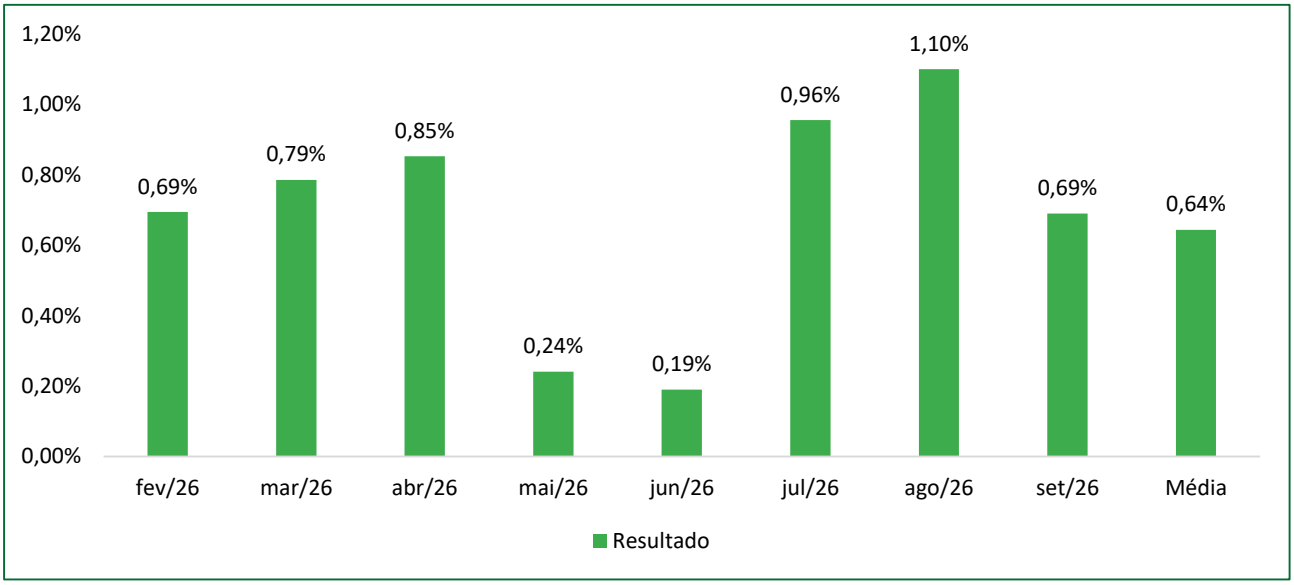
Em setembro de 2026, houve discreta predominância dos partos vaginais, que corresponderam a 50,89% dos nascimentos, enquanto as cesáreas representaram 49,11%. O resultado permaneceu abaixo da referência assistencial de 65% para partos vaginais, apresentando redução em comparação ao mês anterior.

A análise das indicações registradas demonstrou a presença de diferentes condições maternas, fetais e obstétricas, incluindo antecedentes de cesárea, alterações da vitalidade fetal, dificuldades na evolução do trabalho de parto, apresentações fetais desfavoráveis e intercorrências clínicas associadas à gestação. Esses fatores devem ser considerados na interpretação do indicador, especialmente diante do perfil de referência para gestação de alto risco da instituição.

Permanece necessária a continuidade do monitoramento das vias de parto, com utilização da Classificação de Robson, revisão das indicações de cesariana e acompanhamento dos desfechos assistenciais. Destaca-se, ainda, a importância do fortalecimento das orientações durante o pré-natal e da integração entre a Atenção Primária à Saúde e a maternidade, favorecendo decisões informadas e a realização do parto vaginal sempre que houver condições clínicas seguras para a mãe e o recém-nascido.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE MORTALIDADE

Gráfico 20: Taxa de Mortalidade Não Institucional, setembro – 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P – PLANEJAR

Monitorar a ocorrência de óbitos não institucionais no Hospital Municipal de Araucária, considerando os eventos classificados conforme os critérios estabelecidos no Termo de Referência. O acompanhamento tem como objetivo avaliar os desfechos registrados na competência, assegurar a correta classificação dos casos e identificar possíveis oportunidades de melhoria nos processos assistenciais.

D – FAZER

Em setembro de 2026, foram registrados 4 óbitos não institucionais. Considerando as 581 saídas hospitalares informadas para a competência, o indicador apresentou taxa calculada de 0,69%.

Os óbitos foram incluídos no levantamento mensal do Setor da Qualidade, para acompanhamento e avaliação pelas comissões responsáveis, respeitando as particularidades clínicas e assistenciais de cada caso.

C – VERIFICAR

O indicador apresentou resultado calculado de 0,69%, correspondente aos quatro óbitos classificados como não institucionais no período.

A distribuição dos eventos demonstra a necessidade de considerar separadamente os óbitos adultos e fetais, uma vez que envolvem perfis assistenciais distintos e exigem critérios específicos de avaliação.

Conforme o relatório da Comissão de Revisão de Óbitos Adultos, os dois óbitos adultos não institucionais integraram a análise dos casos da competência. Quanto aos dois óbitos fetais, a classificação foi informada pelo Setor da Qualidade, não havendo, nos dados apresentados, elementos suficientes para detalhar as circunstâncias clínicas individuais.

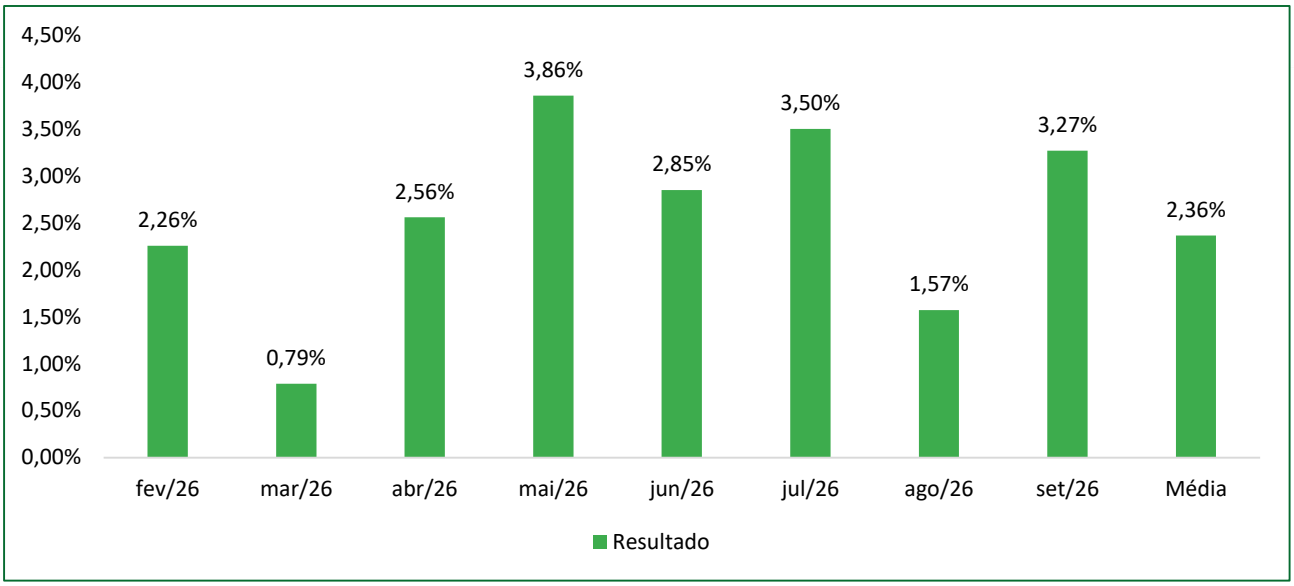
A análise do indicador deve considerar a classificação dos eventos e os registros assistenciais correspondentes, evitando atribuir causas ou falhas assistenciais sem a devida avaliação pelas comissões competentes.

A – AGIR

Manter o acompanhamento mensal dos óbitos não institucionais, com conferência da classificação dos eventos e avaliação individualizada pelas comissões responsáveis.

Reforçar a qualidade dos registros assistenciais e das informações utilizadas na consolidação dos indicadores, assegurando a identificação de eventuais oportunidades de melhoria e o acompanhamento das recomendações decorrentes das análises realizadas.

Gráfico 21: Taxa de Mortalidade Institucional, setembro – 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P – PLANEJAR

Monitorar a taxa de mortalidade institucional, considerando o perfil clínico dos pacientes, a complexidade dos atendimentos e as circunstâncias relacionadas aos desfechos. O acompanhamento busca avaliar os óbitos registrados, identificar possíveis fragilidades nos processos assistenciais e estabelecer medidas de melhoria voltadas à segurança do paciente.

D – FAZER

Em setembro de 2026, foram registrados 23 óbitos no Hospital Municipal de Araucária, sendo 19 institucionais e 4 não institucionais. Considerando as 581 saídas hospitalares da competência, a taxa de mortalidade institucional foi de 3,27%.

Dos 23 óbitos registrados, 22 foram classificados como inevitáveis e 1 foi apontado como inconclusivo, sendo encaminhado para auditoria clínica. Também foram identificados 9 pacientes adultos em cuidados paliativos que evoluíram a óbito.

C – VERIFICAR

O indicador apresentou resultado de 3,27%. A análise dos óbitos deve considerar o perfil assistencial do hospital, especialmente a gravidade clínica dos pacientes atendidos e a presença de condições que comprometem o prognóstico.

Entre os óbitos registrados na competência, destacam-se 9 pacientes adultos em cuidados paliativos, condição que deve ser considerada na interpretação do resultado, tendo em vista a complexidade clínica e a evolução das doenças de base.

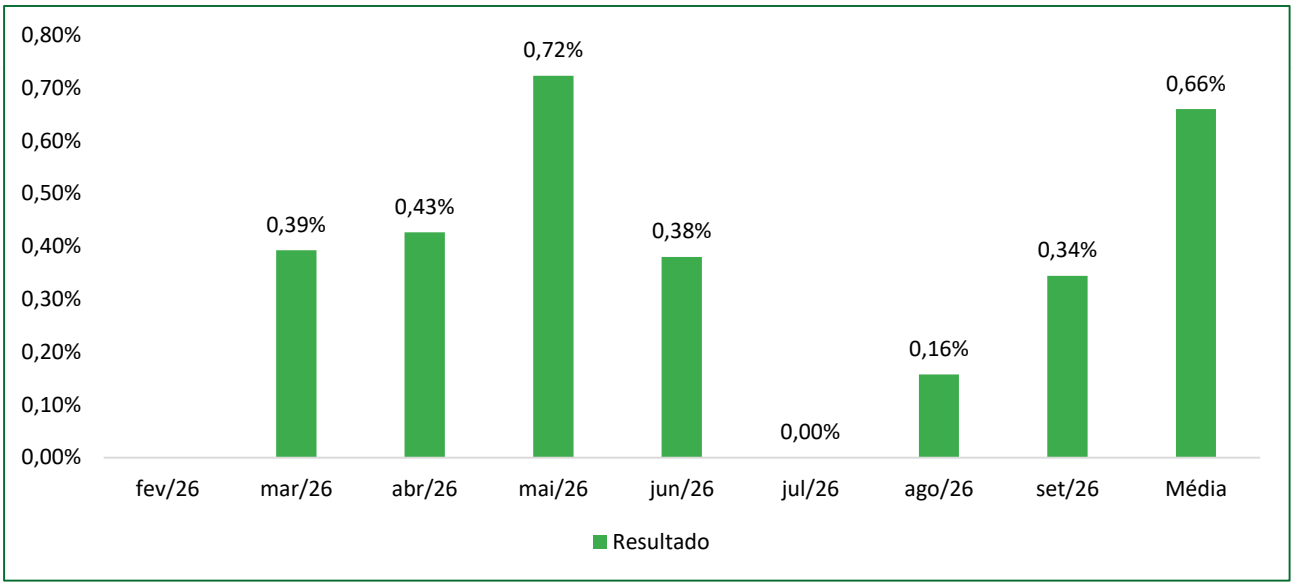
A – AGIR

Manter o acompanhamento dos óbitos pela Comissão de Revisão de Óbitos, com avaliação individualizada dos casos e identificação de oportunidades de melhoria nos processos assistenciais.

Acompanhar a conclusão da auditoria clínica referente ao caso apontado como evitável, assegurando a análise dos fatores relacionados ao desfecho e a definição de ações corretivas, quando necessárias.

Dar continuidade ao monitoramento dos indicadores de mortalidade e ao acompanhamento das recomendações estabelecidas pelas comissões institucionais, visando ao aprimoramento da qualidade assistencial e da segurança do paciente.

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



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P – PLANEJAR

Monitorar a mortalidade materno-infantil, considerando os óbitos registrados na competência e as condições assistenciais relacionadas aos desfechos. O acompanhamento busca identificar possíveis fatores associados aos eventos, avaliar os processos assistenciais e fortalecer as ações de segurança na assistência obstétrica e neonatal.

D – FAZER

Em setembro de 2026, não foram registrados óbitos maternos. No período, foram registrados 2 óbitos classificados como fetais, ambos incluídos entre os 4 óbitos não institucionais da competência.

Considerando as 581 saídas hospitalares, o indicador apresentou resultado de 0,34%.

C – VERIFICAR

O indicador apresentou resultado de 0,34%. A ausência de óbitos maternos representa um resultado favorável no período. Entretanto, a ocorrência de 2 óbitos

classificados como fetais reforça a importância da avaliação das condições gestacionais e das circunstâncias relacionadas aos desfechos.

Considerando o perfil assistencial da maternidade, que atende gestantes de alto risco, a análise dos eventos deve contemplar os antecedentes obstétricos, as condições clínicas maternas e os registros referentes ao atendimento, permitindo identificar possíveis fatores associados aos casos.

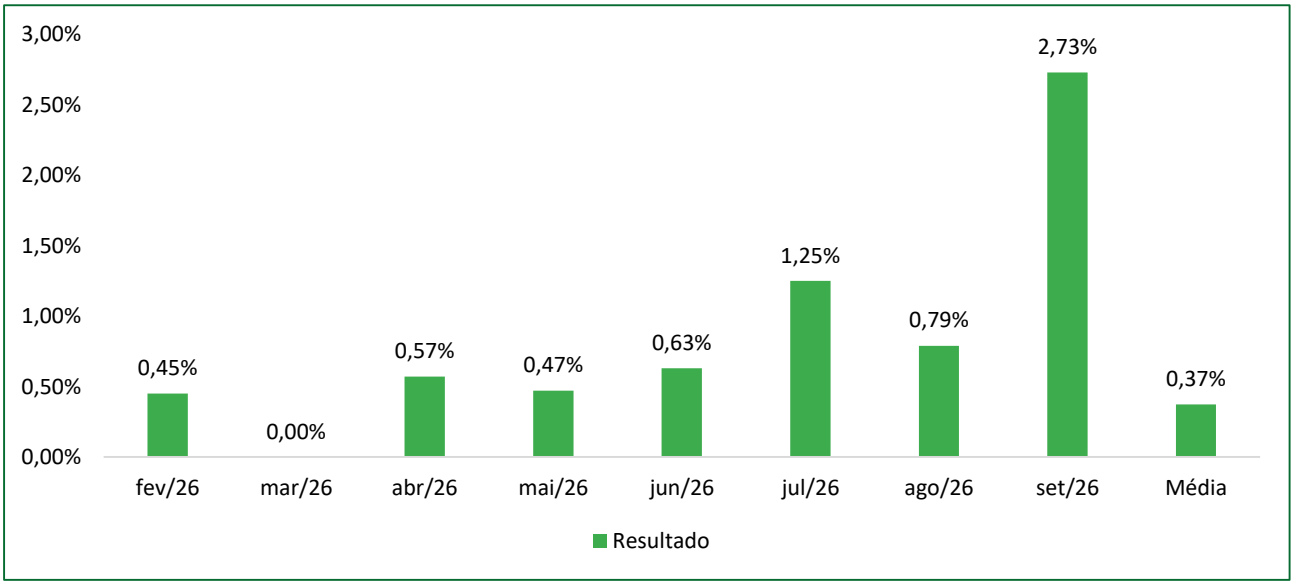
A identificação de eventuais fragilidades assistenciais depende da avaliação individualizada dos prontuários, não sendo possível estabelecer conclusões apenas com base nos quantitativos registrados.

A – AGIR

Manter a avaliação dos eventos pela Comissão Materno-Infantil, com revisão dos registros assistenciais e acompanhamento das recomendações decorrentes das análises.

Dar continuidade ao monitoramento das gestantes de alto risco e ao acompanhamento dos protocolos obstétricos e neonatais, com atenção à identificação precoce de situações de risco e ao aprimoramento da segurança assistencial.

Gráfico 23: Taxa de Mortalidade Cirúrgica, setembro – 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

P – PLANEJAR

Monitorar a taxa de mortalidade cirúrgica, considerando os óbitos relacionados aos procedimentos realizados na instituição, o perfil clínico dos pacientes e as circunstâncias dos desfechos. O acompanhamento busca identificar possíveis fragilidades assistenciais e oportunidades de melhoria na assistência perioperatória, contribuindo para a segurança do paciente.

D – FAZER

Em setembro de 2026, foram realizadas 220 cirurgias, considerando procedimentos eletivos e de urgência, e registrados 6 óbitos classificados como cirúrgicos, resultando em uma taxa de mortalidade de 2,73%.

Os casos foram submetidos à avaliação pela Comissão de Revisão de Óbitos, considerando as condições clínicas dos pacientes, os procedimentos realizados e a evolução assistencial.

C – VERIFICAR

O indicador apresentou resultado de 2,73%. Conforme as análises realizadas, os 6 óbitos cirúrgicos estavam relacionados a pacientes submetidos a procedimentos de emergência, com condições clínicas graves e maior risco de complicações.

A concentração dos eventos em procedimentos de emergência evidencia a influência da gravidade clínica e das condições pré-operatórias sobre os desfechos. Entretanto, a classificação dos óbitos exige avaliação individualizada, não sendo possível atribuir os resultados exclusivamente ao perfil dos pacientes ou estabelecer falhas assistenciais sem análise específica.

A – AGIR

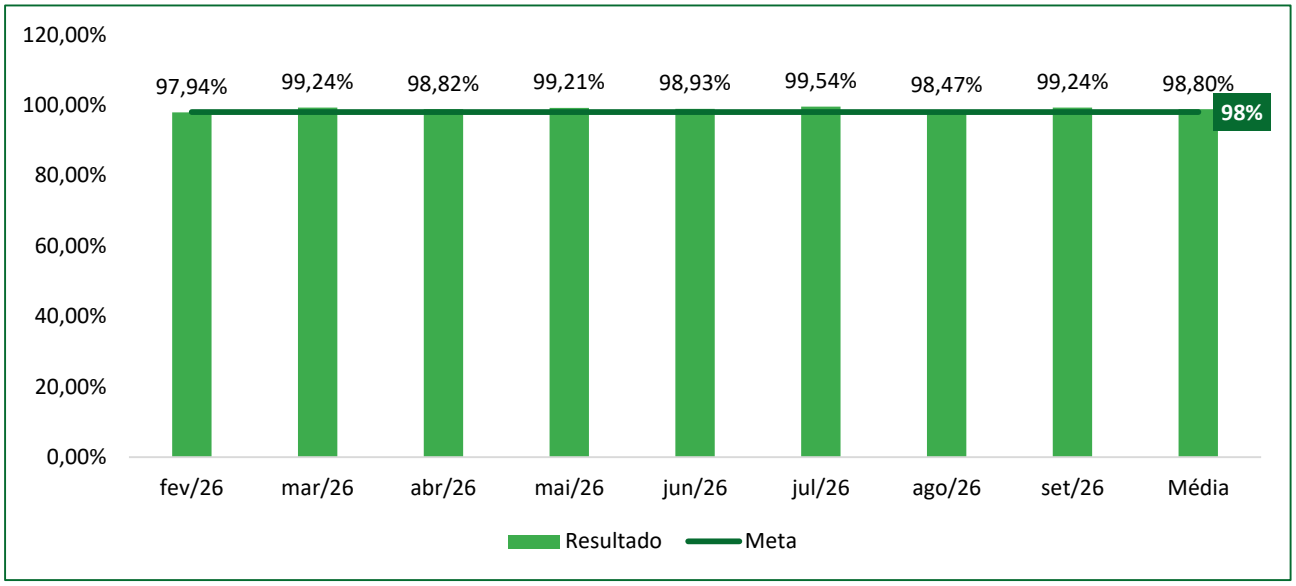
Manter a avaliação individualizada dos óbitos cirúrgicos pela Comissão de Revisão de Óbitos, com atenção às condições clínicas, aos registros assistenciais e à identificação de possíveis oportunidades de melhoria.

Dar continuidade à avaliação dos casos relacionados à sepse, em conjunto com a CCIH, especialmente quanto à condução dos quadros infecciosos e à aplicação dos protocolos institucionais.

Reforçar o acompanhamento dos processos assistenciais perioperatórios e das recomendações estabelecidas pelas equipes responsáveis, visando ao aprimoramento contínuo da segurança do paciente e da qualidade da assistência cirúrgica.

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

Gráfico 24: Taxa de Classificação de Risco, setembro – 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

O indicador avalia o percentual de pacientes atendidos nos serviços de pronto atendimento que foram submetidos ao processo de classificação de risco, sendo calculado pela razão entre o número de atendimentos classificados e o total de atendimentos realizados no período. A meta contratual estabelecida corresponde a **≥ 98% dos pacientes classificados**.

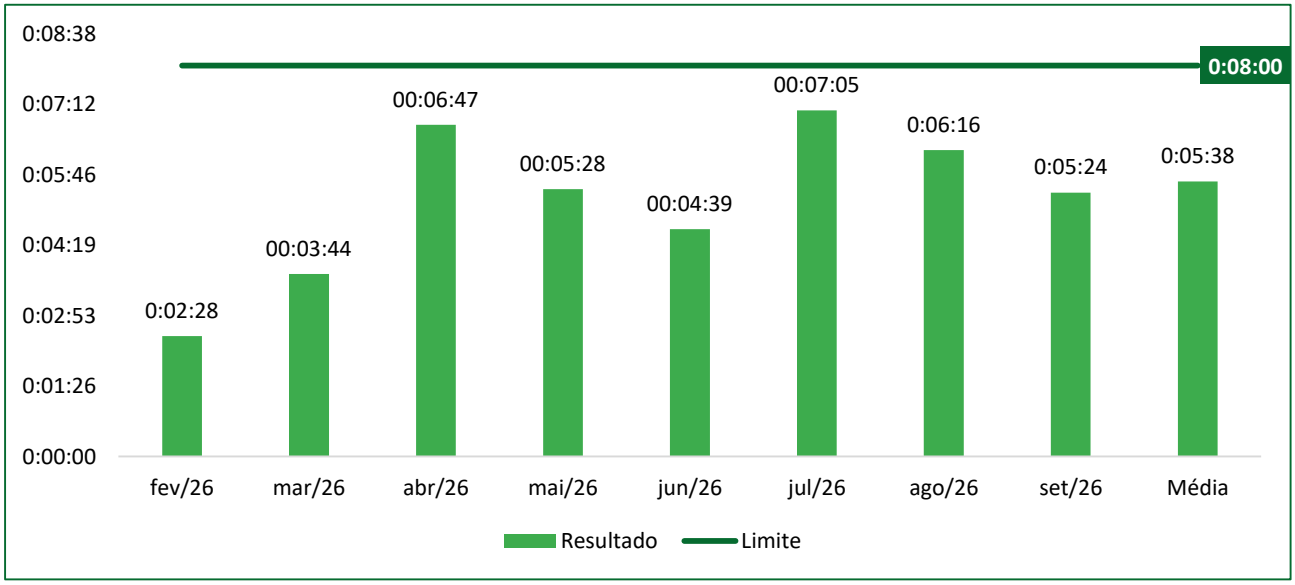
No mês de setembro de 2026, foram registrados **8.341 atendimentos**, dos quais 8.278 foram classificados no sistema, resultando em **99,24% de classificação de risco**. Permaneceram 63 atendimentos registrados como não classificados, correspondentes a **0,76% do total**.

A distribuição dos atendimentos entre as unidades assistenciais demonstrou maior concentração no Pronto Atendimento Infantil (PAI), com 5.536 atendimentos, seguido pelo Pronto-Socorro Geral (PSG), com 1.846 atendimentos, e pelo Pronto-Socorro Obstétrico (PSO), com 959 atendimentos.

O resultado obtido permaneceu acima da meta contratual e apresentou evolução em relação à competência anterior, demonstrando manutenção da regularidade do processo de classificação de risco mesmo diante do volume de atendimentos registrado no período.

Permanece o acompanhamento sistemático do indicador e dos registros realizados no sistema, visando à manutenção do desempenho e à identificação de eventuais ocorrências que possam resultar em atendimentos sem registro de classificação de risco.

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



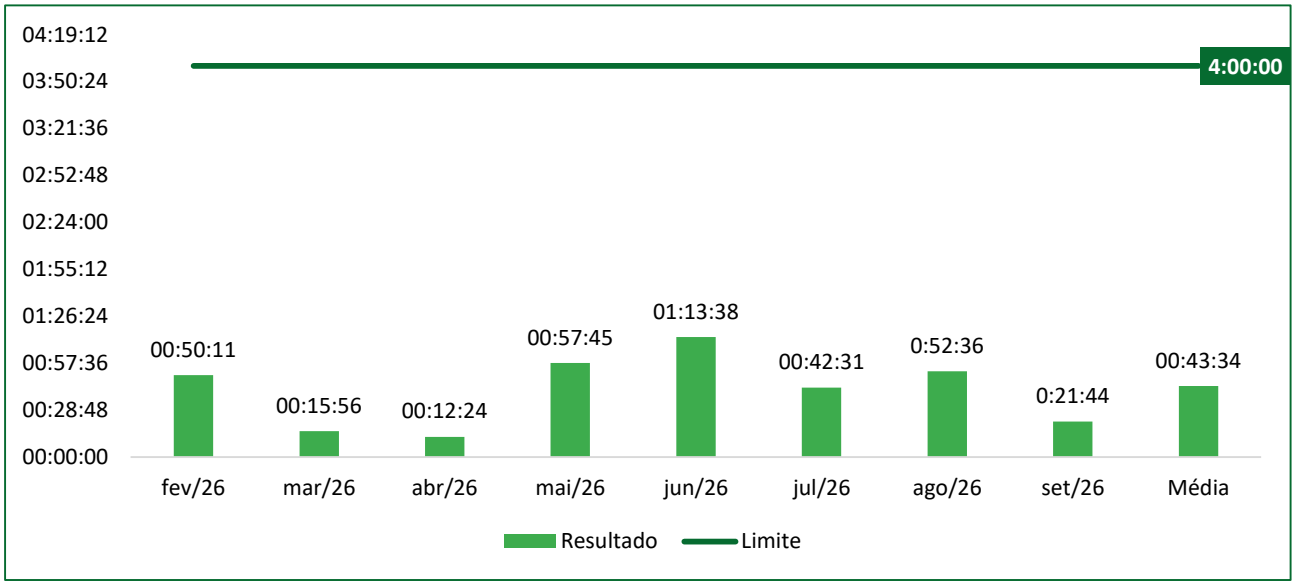
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

O indicador de tempo médio de espera para classificação de risco geral, cuja meta contratual estabelece o limite de até 8 minutos (00:08:00), demonstra desempenho

altamente satisfatório e plenamente aderente ao parâmetro estabelecido. No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:05:24, posicionando-se abaixo do limite máximo permitido. Esse resultado evidencia eficiência no processo de acolhimento e classificação de risco, garantindo acesso rápido e seguro à avaliação inicial dos pacientes.

De forma geral, o desempenho institucional permanece sólido e consistente, com todos os setores dentro da conformidade contratual e ampla margem de segurança no resultado global. Em síntese, o indicador reflete excelência operacional e qualidade assistencial, assegurando rapidez na identificação do grau de risco dos pacientes e contribuindo diretamente para a priorização adequada dos atendimentos.

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

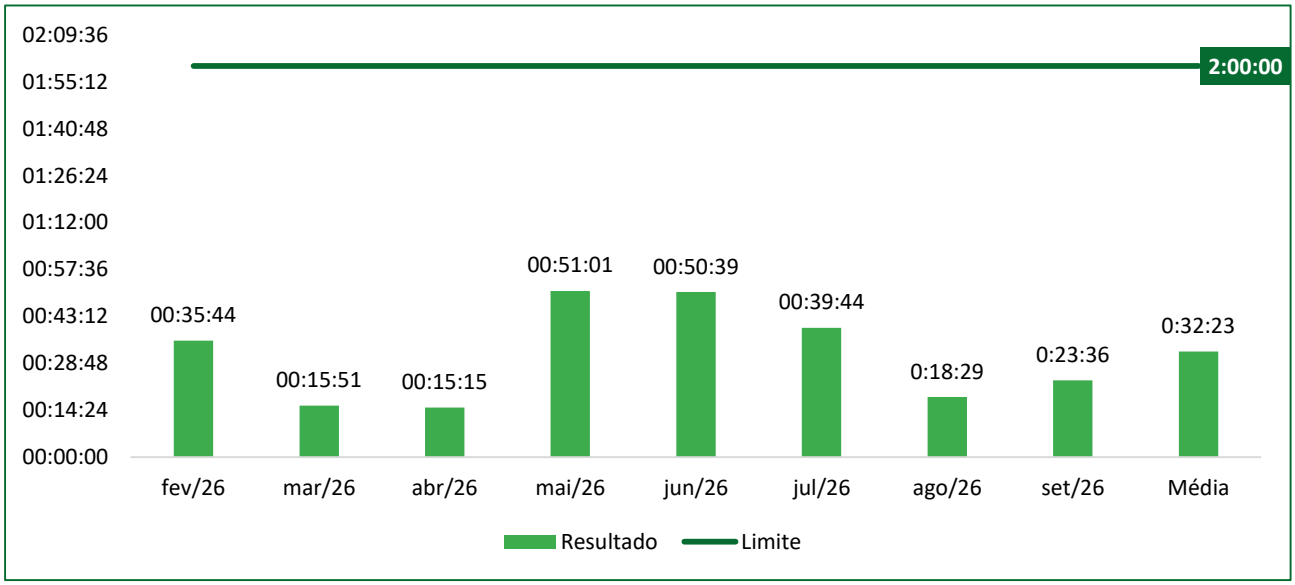


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

Em setembro de 2026, o tempo médio de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como Risco Azul foi de 00:21:44, correspondendo a 9,06% do limite contratual de 240 minutos, com cumprimento integral da meta estabelecida. No período, foram registrados 243 atendimentos nessa classificação, distribuídos entre o Pronto Atendimento Infantil (PAI), com 162 registros, Pronto-Socorro Geral (PSG), com 51, e Pronto-Socorro Obstétrico (PSO), com 30, representando 2,91% do total de atendimentos

da unidade. O desempenho observado demonstra a manutenção do tempo de espera dentro dos parâmetros contratuais, mesmo diante da necessidade de priorização dos pacientes classificados em níveis de maior gravidade. O resultado indica adequada capacidade de resposta assistencial para os casos de menor urgência, com preservação dos critérios de priorização estabelecidos pelo protocolo de classificação de risco.

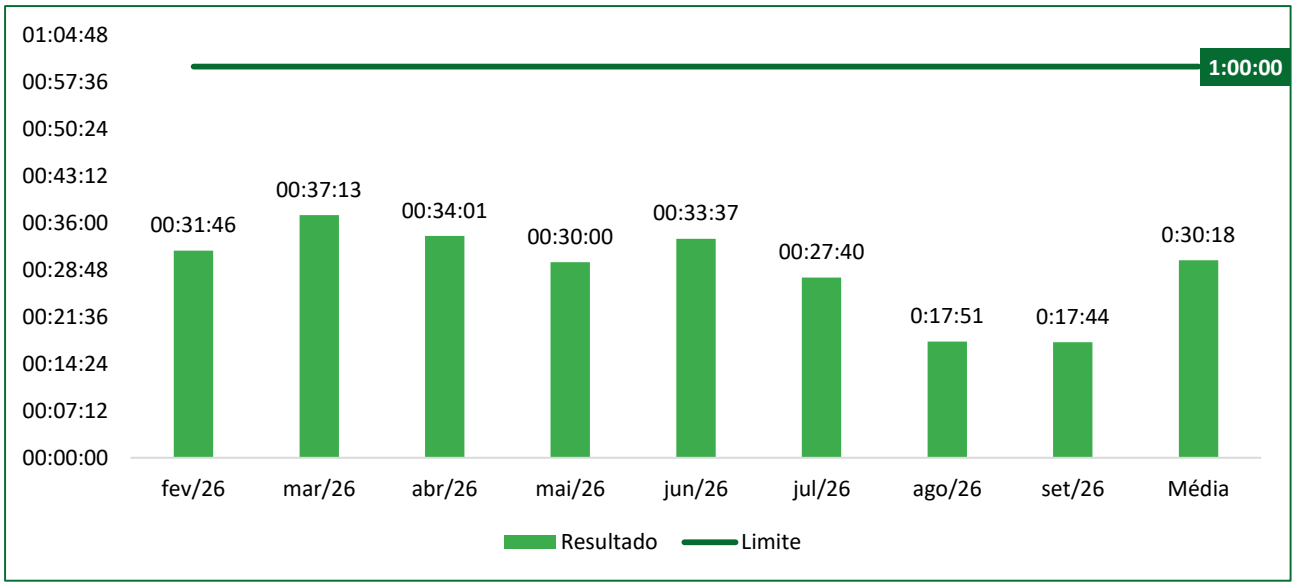
Gráfico 27:Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Verde/Pouco Urgente, setembro – 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

Em setembro de 2026, o tempo médio de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como Risco Verde foi de 00:23:36, permanecendo 96 minutos e 24 segundos abaixo do limite contratual de 120 minutos, com cumprimento integral da meta estabelecida. No período, foram registrados 6.339 atendimentos nessa classificação, distribuídos entre o Pronto Atendimento Infantil (PAI), com 4.471 registros, Pronto-Socorro Geral (PSG), com 1.114, e Pronto-Socorro Obstétrico (PSO), com 754, representando 76,00% do total de atendimentos da unidade. A predominância dessa classificação evidencia um perfil assistencial concentrado em demandas de menor urgência. Apesar do elevado volume de atendimentos, o tempo médio registrado correspondeu a apenas 19,67% do limite contratual, demonstrando desempenho satisfatório do indicador e manutenção da capacidade de resposta assistencial, em conformidade com os critérios de priorização clínica estabelecidos pelo protocolo de classificação de risco.

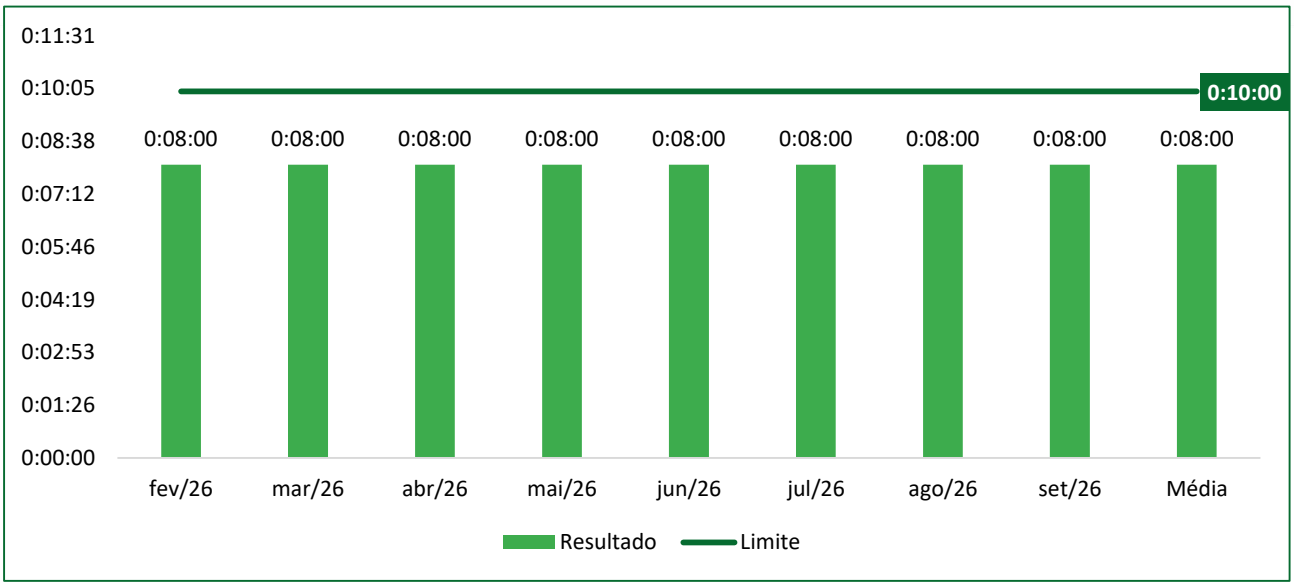
Gráfico 28: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Amarelo/ Urgente, setembro – 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

Em setembro de 2026, o tempo médio de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como Risco Amarelo foi de 00:17:44, permanecendo 42 minutos e 16 segundos abaixo do limite contratual de 60 minutos, com cumprimento integral da meta estabelecida. No período, foram registrados 1.436 atendimentos nessa classificação, distribuídos entre o Pronto Atendimento Infantil (PAI), com 645 registros, Pronto-Socorro Geral (PSG), com 632, e Pronto-Socorro Obstétrico (PSO), com 159, representando 17,22% do total de atendimentos da unidade. O tempo médio registrado correspondeu a 29,56% do limite contratual, evidenciando desempenho satisfatório do indicador. Considerando o caráter urgente dessa classificação, o resultado demonstra que o tempo médio de resposta assistencial permaneceu dentro dos parâmetros estabelecidos, compatível com a priorização clínica necessária aos pacientes que demandam avaliação médica em menor intervalo de tempo.

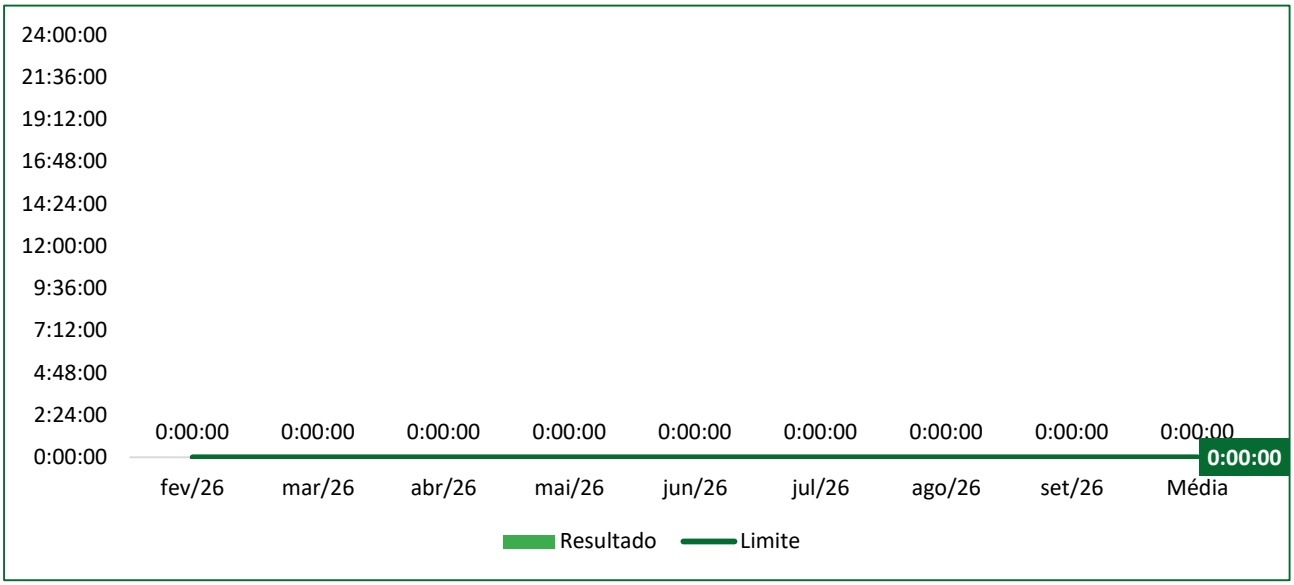
Gráfico 29: Tempo Médio De Espera Para Pacientes Com A Classificação De Risco Laranja/ Muito Urgente, setembro – 2026.



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

Em setembro de 2026, o tempo médio de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como Risco Laranja foi de 00:08:00, permanecendo 2 minutos abaixo do limite contratual de 10 minutos, com cumprimento da meta estabelecida. No período, foram registrados 257 atendimentos nessa classificação, distribuídos entre o Pronto Atendimento Infantil (PAI), com 239 registros, Pronto-Socorro Geral (PSG), com 14, e Pronto-Socorro Obstétrico (PSO), com 4, representando 3,08% do total de atendimentos da unidade. O tempo médio registrado correspondeu a 80% do limite contratual, evidenciando desempenho satisfatório, porém com margem reduzida em relação ao tempo máximo permitido.

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

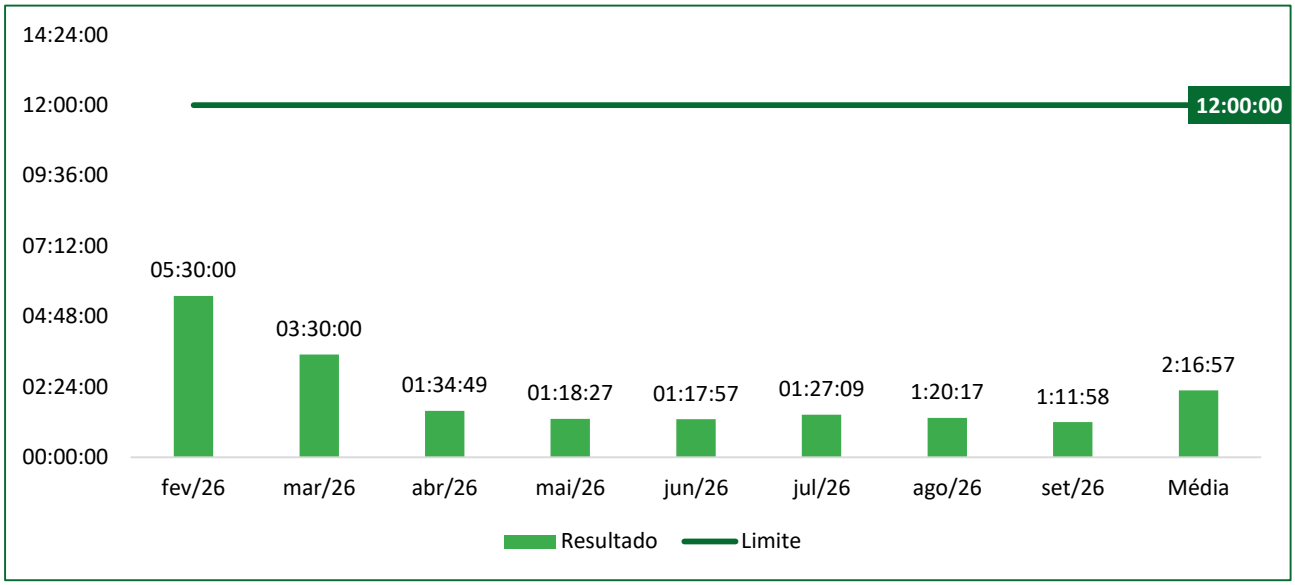


Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

Em setembro de 2026, o tempo médio de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como Risco Vermelho foi de 00:00:00, atendendo integralmente ao critério contratual de assistência imediata. No período, foram registrados 3 atendimentos nessa classificação, todos concentrados no Pronto Atendimento Infantil (PAI), sem registros no Pronto-Socorro Geral (PSG) e no Pronto-Socorro Obstétrico (PSO), representando 0,04% do total de atendimentos da unidade. A ausência de tempo de espera registrado no indicador demonstra conformidade com o parâmetro estabelecido para os casos de emergência, que exigem intervenção médica imediata em razão do elevado risco clínico.

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

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



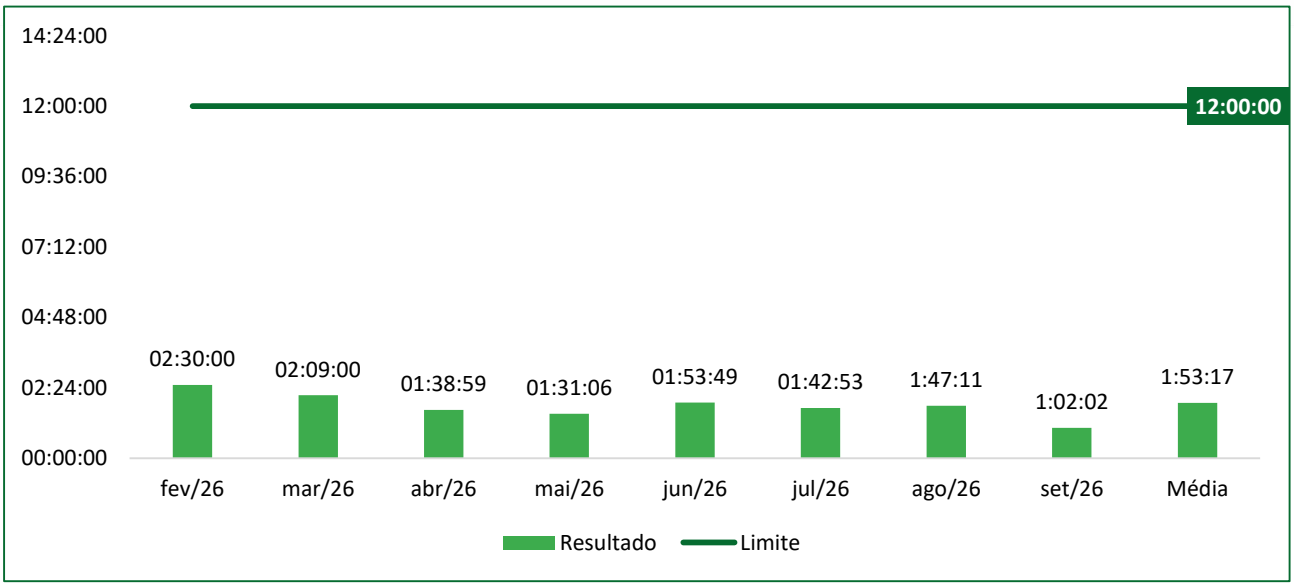
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

A análise dos dados do Pronto Socorro Geral aponta para uma melhora de desempenho operacional de agosto para setembro. O mês de setembro apresentou uma queda de 10,36% no tempo médio de permanência, o que indica maior eficiência no fluxo de atendimento ao paciente, mesmo considerando a redução natural do volume de dias.

O volume total de atendimentos caiu 9,78%. Como setembro tem um dia a menos, isolou-se esse efeito calculando a média diária, que também reduziu em 6,77%. Essa queda na pressão diária sobre a equipe pode ter sido um dos fatores facilitadores para a agilidade do serviço.

A redução de mais de 8 minutos no TMP (-10,36%) é altamente significativa para um Pronto Socorro. Menos tempo de permanência com menor volume diário reduz diretamente as chances de superlotação, aumenta a disponibilidade de poltronas/leitos de observação e otimiza o fluxo de triagem e primeira consulta.

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



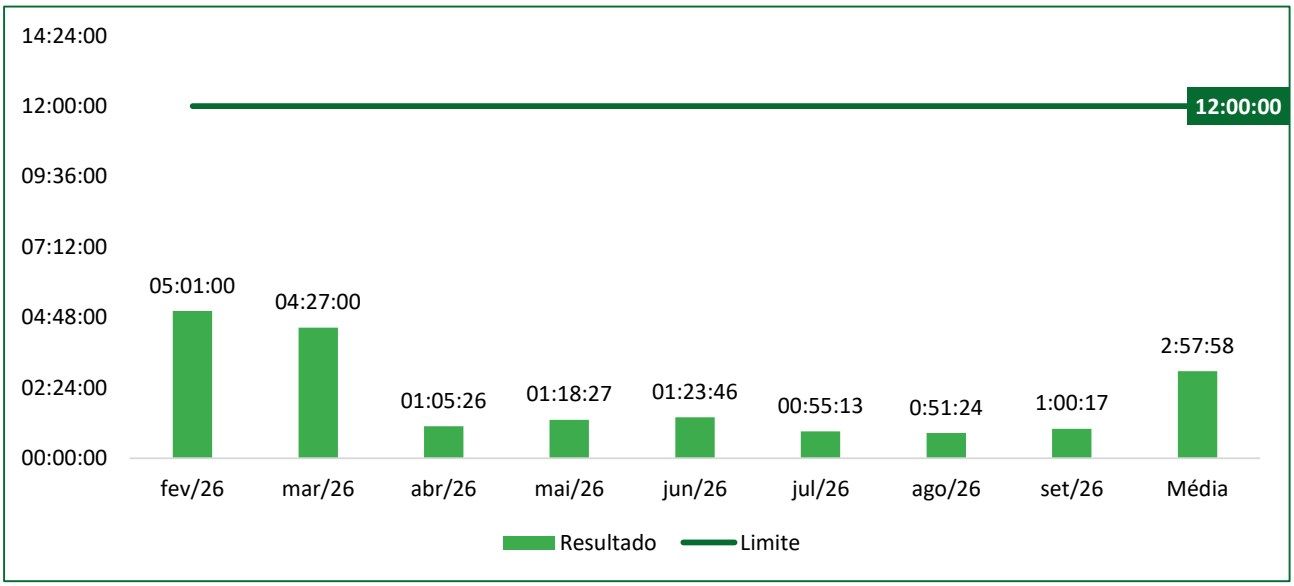
Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

A análise comparativa dos meses de agosto e setembro permite avaliar o volume de atendimentos e o tempo médio de permanência das pacientes no Pronto-Socorro Obstétrico, contribuindo para a identificação de possíveis melhorias no fluxo assistencial e na organização dos serviços.

Os indicadores demonstram uma evolução favorável em setembro, com redução de 11,94% no número total de atendimentos e de 32,86% no tempo médio de permanência. Mesmo após considerar a diferença de um dia entre os meses, observou-se redução de 9,00% na média diária de atendimentos.

A diminuição expressiva do tempo médio de permanência constitui um resultado positivo sob a perspectiva operacional e sugere a possibilidade de maior eficiência no fluxo assistencial do Pronto-Socorro Obstétrico. Entretanto, para confirmar que essa evolução representa melhoria efetiva da qualidade do serviço, é necessário correlacionar os indicadores com dados de segurança, desfechos clínicos, classificação de risco e tempos das diferentes etapas do atendimento.

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



Fonte: Relatório TASY CATE1338 (2026**)**

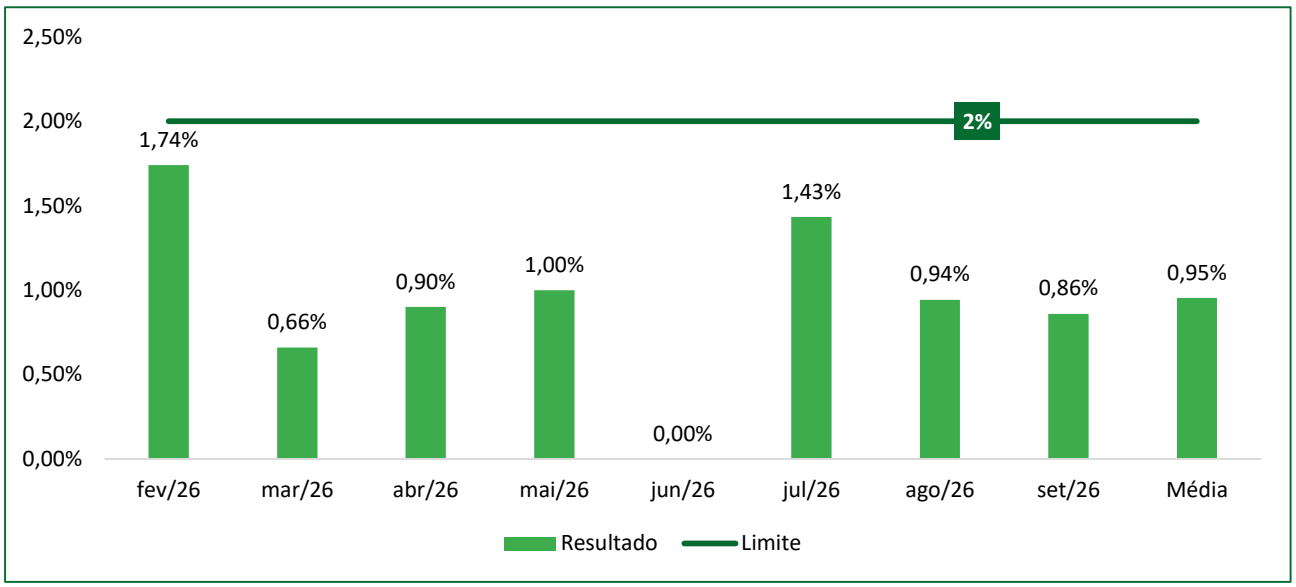
A análise comparativa dos indicadores do Pronto-Socorro Infantil evidencia que, entre agosto e setembro, houve redução de 1,37% no volume total de atendimentos, de 5.613 para 5.536 registros. Entretanto, considerando a diferença de um dia entre os meses, observou-se aumento de 1,92% na média diária de atendimentos, indicando maior demanda proporcional por dia de funcionamento.

O aspecto mais relevante identificado foi o aumento do tempo médio de permanência, de 00:51:24 em agosto para 01:00:17 em setembro, representando acréscimo de 8 minutos e 53 segundos, ou 17,29%. Esse comportamento sinaliza a necessidade de investigação dos possíveis fatores que interferiram no fluxo assistencial, uma vez que o aumento ocorreu mesmo sem crescimento do volume mensal absoluto de atendimentos.

Diante desses resultados, recomenda-se aprofundar a análise dos tempos de espera por etapa, do perfil de gravidade dos pacientes, da distribuição da demanda ao longo do dia e da disponibilidade de recursos humanos e diagnósticos. O acompanhamento sistemático desses fatores permitirá identificar oportunidades de melhoria, otimizar o fluxo de atendimento e promover maior eficiência operacional, preservando a qualidade, a segurança e a resolutividade da assistência prestada à população infantil.

INDICADORES – SEGURANÇA DO PACIENTE

Gráfico 34: Taxa global de infecção Hospitalar, setembro – 2026.



Fonte: SCIH HMA (2026)

Em setembro de 2026, foram confirmadas 5 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) entre 581 saídas hospitalares, correspondendo a uma taxa geral de 0,86%. O resultado permaneceu abaixo da meta institucional estabelecida (<2%), sendo classificado como satisfatório.

Quanto ao perfil epidemiológico das infecções identificadas no período, foram registrados 2 casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), 2 casos de Infecção Primária da Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central (IPCS-CVC) e 1 caso de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC).

Observou-se maior concentração dos eventos na UTI Neonatal, onde ocorreram os 2 casos de PAV e 1 dos casos de IPCS-CVC, correspondendo a 60% das IRAS identificadas no mês. O outro caso de IPCS-CVC ocorreu na UTI Geral. Apesar de a taxa geral de IRAS permanecer dentro da meta institucional, a ocorrência de eventos associados a dispositivos invasivos, especialmente na UTI Neonatal, reforça a necessidade de manutenção da vigilância e do acompanhamento direcionado das medidas preventivas adotadas nas unidades críticas.

Não foram identificados casos de Infecção do Trato Urinário associada a Cateter Vesical de Demora (ITU-AC), tampouco foram informados óbitos relacionados às IRAS no período.

Diante dos resultados, recomenda-se a continuidade das ações de prevenção e vigilância, com atenção especial aos eventos de PAV e IPCS-CVC e à adesão das equipes assistenciais aos respectivos bundles de prevenção.

Plano de ação — execução e acompanhamento pelo SCIH, CCIH e Coordenações Assistenciais até 05/11/2026:

Manter o monitoramento mensal da taxa geral de IRAS, com análise estratificada por tipo de infecção, unidade de ocorrência e fatores de risco associados;

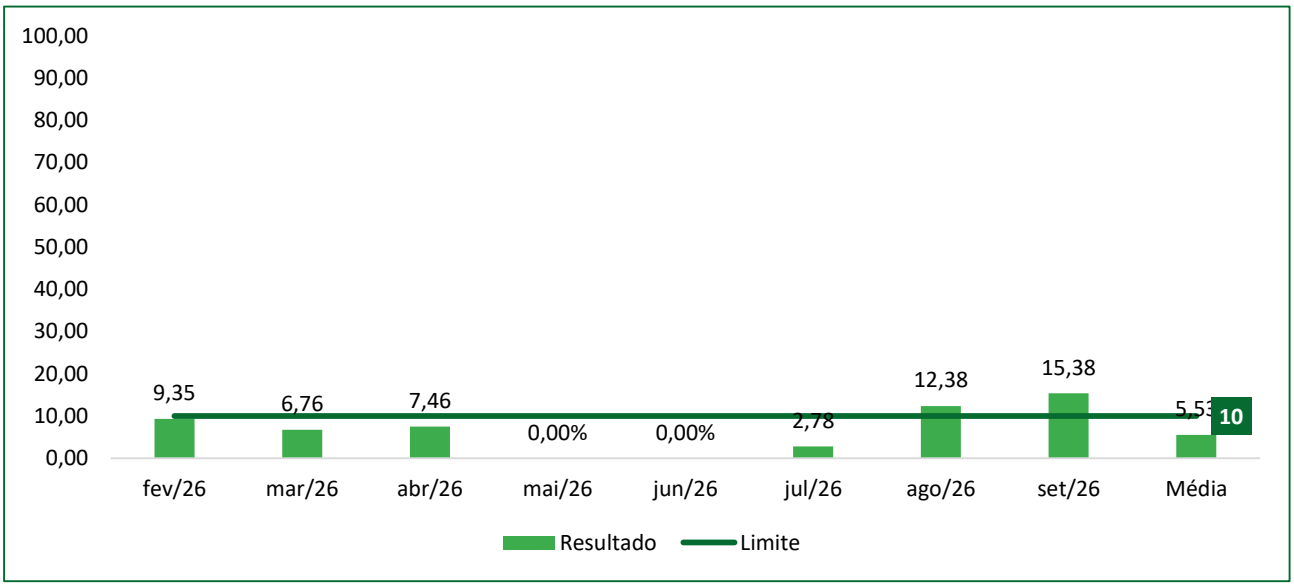
Realizar a discussão dos casos de PAV e IPCS-CVC identificados no período, com atenção especial aos eventos ocorridos na UTI Neonatal;

Manter e reforçar as auditorias de adesão aos bundles de prevenção de PAV e IPCS-CVC, registrando os achados e eventuais não conformidades;

Realizar devolutiva dos resultados às equipes das unidades envolvidas, reforçando as medidas de prevenção e identificando oportunidades de melhoria;

Acompanhar mensalmente a efetividade das ações implementadas, mantendo registro das auditorias, devolutivas e pendências identificadas.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de setembro de 2026, foram confirmados **2 casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)** na UTI Neonatal, ambos com isolamento de *Klebsiella pneumoniae*.

Considerando **130 VM-dia**, a densidade de incidência institucional foi de **15,38 casos por 1.000 VM-dia**, resultado **acima da meta institucional estabelecida de 10 casos por 1.000 VM-dia**.

Em agosto de 2026, havia sido registrado 1 caso de PAV em 64 VM-dia, correspondendo à densidade de 15,63 por 1.000 VM-dia. Em setembro, apesar do aumento de 1 para 2 casos, houve também aumento expressivo da exposição à ventilação mecânica, de 64 para 130 VM-dia, resultando em discreta redução da densidade institucional para 15,38 por 1.000 VM-dia.

Especificamente na **UTI Neonatal**, os 2 casos ocorreram em **83 VM-dia**, correspondendo à densidade de incidência de **24,10 casos por 1.000 VM-dia**, indicando necessidade de acompanhamento direcionado nesta unidade.

Embora tenha sido identificada *Klebsiella pneumoniae* nos dois casos, a identificação da mesma espécie bacteriana, isoladamente, não permite estabelecer vínculo epidemiológico entre os eventos. Dessa forma, recomenda-se a revisão

individual dos casos pelo SCIH, incluindo avaliação dos dados microbiológicos e dos respectivos perfis de sensibilidade, bem como dos fatores assistenciais relacionados à ventilação mecânica.

Plano de Ação

Prazo para execução: 05/11/2026

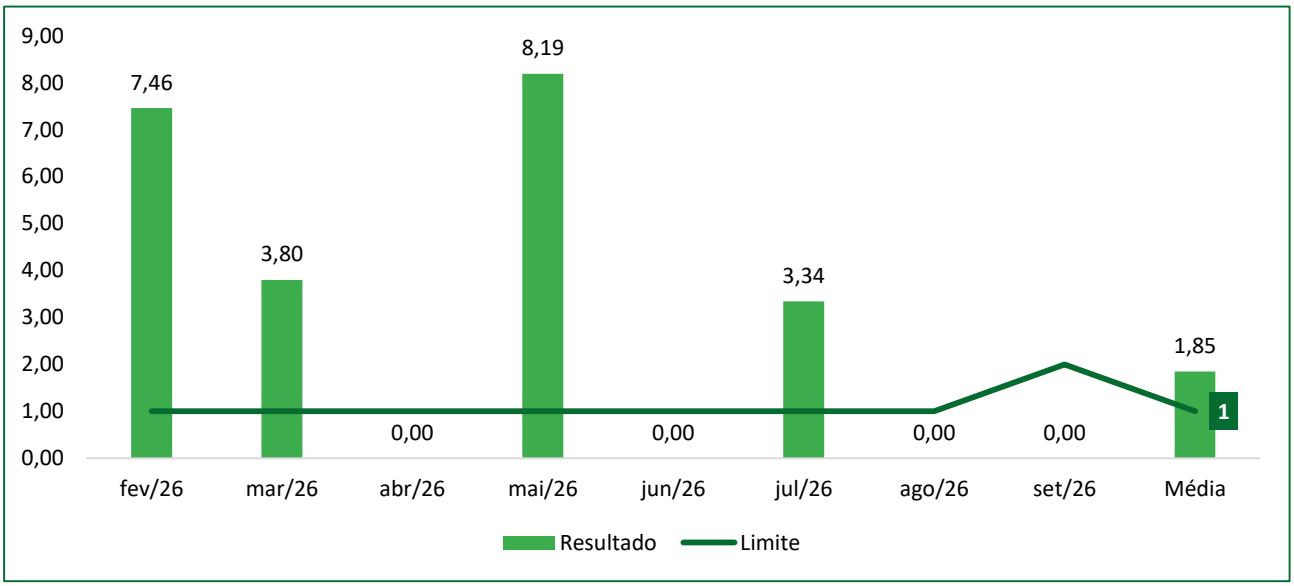
Responsáveis: SCIH, Coordenação Médica e Coordenação de Enfermagem da UTI Neonatal e Fisioterapia.

- Realizar revisão dos dois casos de PAV identificados na UTI Neonatal, avaliando fatores assistenciais, tempo de ventilação mecânica, dados microbiológicos e possíveis fatores de risco associados;
- Auditar a adesão às medidas de prevenção de PAV aplicáveis à população neonatal, contemplando higiene das mãos, manejo asséptico da via aérea, cuidados com os circuitos ventilatórios, medidas para prevenção de aspiração e avaliação diária da necessidade de manutenção da ventilação mecânica;
- Realizar devolutiva dos achados à equipe multiprofissional da UTI Neonatal, reforçando as medidas de prevenção e os pontos de melhoria eventualmente identificados;
- Manter acompanhamento da adesão às medidas preventivas e da densidade de incidência de PAV no fechamento dos indicadores subsequentes.

Acompanhamento da Efetividade

As auditorias realizadas, os achados identificados, as devolutivas à equipe e eventuais pendências deverão ser registradas pelo SCIH. A efetividade das ações será avaliada no fechamento mensal subsequente, mediante acompanhamento da adesão às medidas preventivas e da evolução da densidade de incidência de PAV.

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

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

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

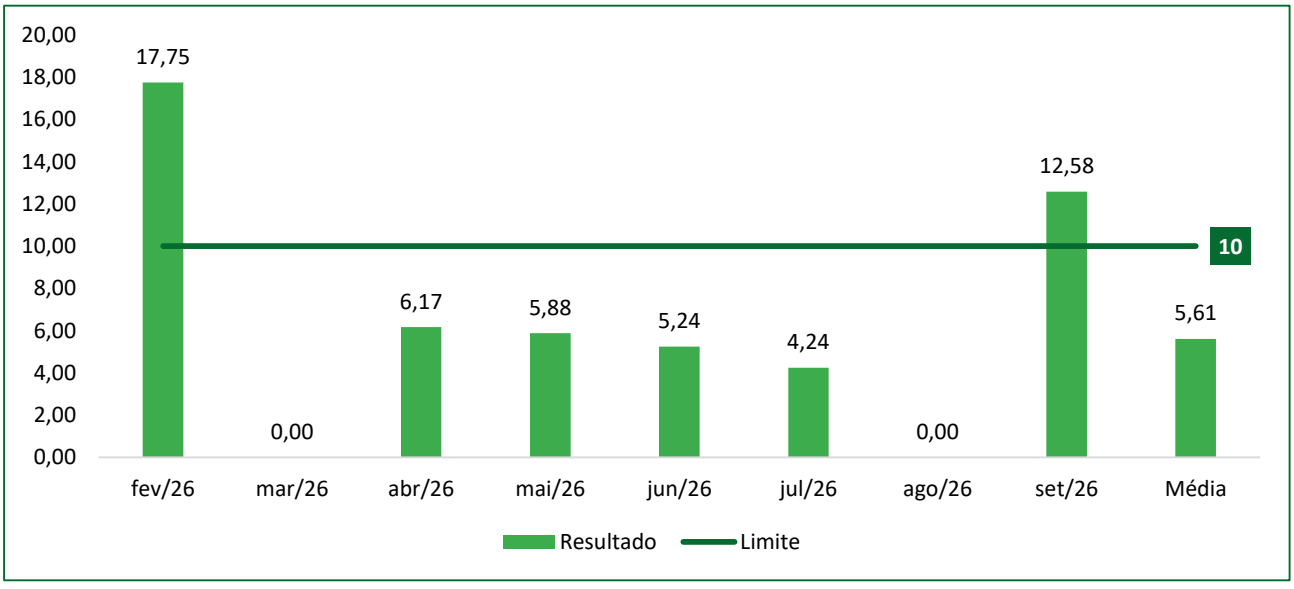
Plano de ação — execução e acompanhamento pelo SCIH até 05/10/2026:

- Manter as auditorias de adesão ao bundle de prevenção de ITU-AC, com registro dos achados e devolutiva às equipes assistenciais.

- Reforçar a avaliação diária da necessidade de permanência do cateter e sua retirada imediata quando não houver mais indicação clínica.
- Monitorar a adequada fixação da sonda, a manutenção do sistema fechado, o posicionamento da bolsa coletora, a preservação do fluxo urinário e a qualidade dos registros assistenciais.
- Manter a vigilância epidemiológica ativa e o acompanhamento mensal da densidade de incidência e da utilização do dispositivo.

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

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



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de setembro de 2026, foram contabilizados 2 eventos de Infecção Primária da Corrente Sanguínea associada a Cateter Central (IPCS-CVC), sendo 1 caso na UTI Neonatal, por *Klebsiella oxytoca*, e 1 caso na UTI Geral, por *Staphylococcus haemolyticus*.

Considerando 159 cateteres centrais-dia, a densidade de incidência foi de 12,58 casos por 1.000 CVC-dia, resultado acima da meta institucional estabelecida de 10. Em agosto de 2026, não foram registrados eventos de IPCS-CVC, considerando 257 CVC-dia.

Dessa forma, o resultado de setembro demonstra aumento do indicador em relação ao mês anterior, com registro de eventos nas UTIs Neonatal e Geral.

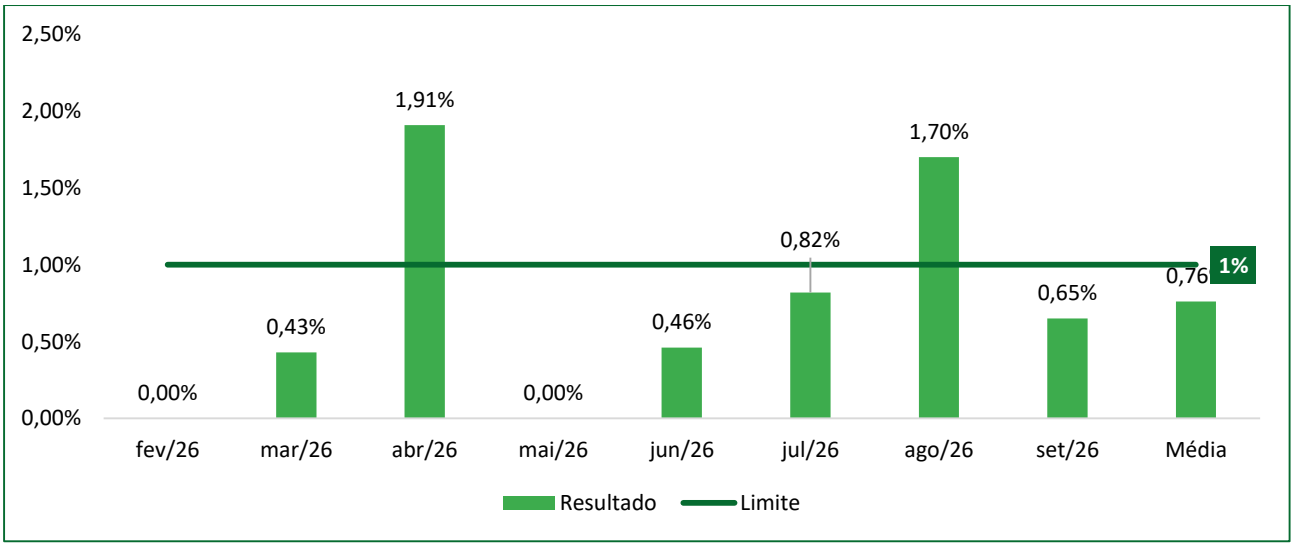
Prazo limite: 05/11/2026.

Responsáveis: SCIH e Coordenações Médica e de Enfermagem das UTIs Neonatal e Geral.

Como plano de ação, será realizada auditoria das práticas relacionadas à inserção e manutenção dos cateteres, contemplando higiene das mãos, utilização de barreira máxima, antissepsia conforme protocolo e faixa etária, desinfecção dos conectores e integridade dos curativos. Também será reforçada junto às equipes a avaliação diária da necessidade de permanência do cateter e sua retirada quando não houver indicação.

Os resultados serão devolvidos às equipes envolvidas, com acompanhamento das medidas corretivas. As auditorias, devolutivas e eventuais pendências serão registradas, e a efetividade das ações será avaliada no próximo fechamento mensal.

Gráfico 38: Incidência De Infecção Do Sitio Cirúrgico (ISC) Em Cirurgias Limpas, setembro – 2026.



Fonte: SCIH HMA (2026)

No mês de setembro de 2026, foi confirmado 1 caso de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) após cirurgia ortopédica classificada como limpa, entre 153 cirurgias limpas realizadas no período. A taxa de ISC foi de **0,65%**, permanecendo **abaixo da meta institucional estabelecida de 1%**, sendo o resultado considerado satisfatório em relação à meta.

No acompanhamento da vigilância pós-cirúrgica, foram registradas 55 ligações e 17 retornos. Ressalta-se que esses registros, isoladamente, não permitem determinar o número de pacientes únicos acompanhados ou a cobertura da vigilância, considerando a necessidade de deduplicação dos dados.

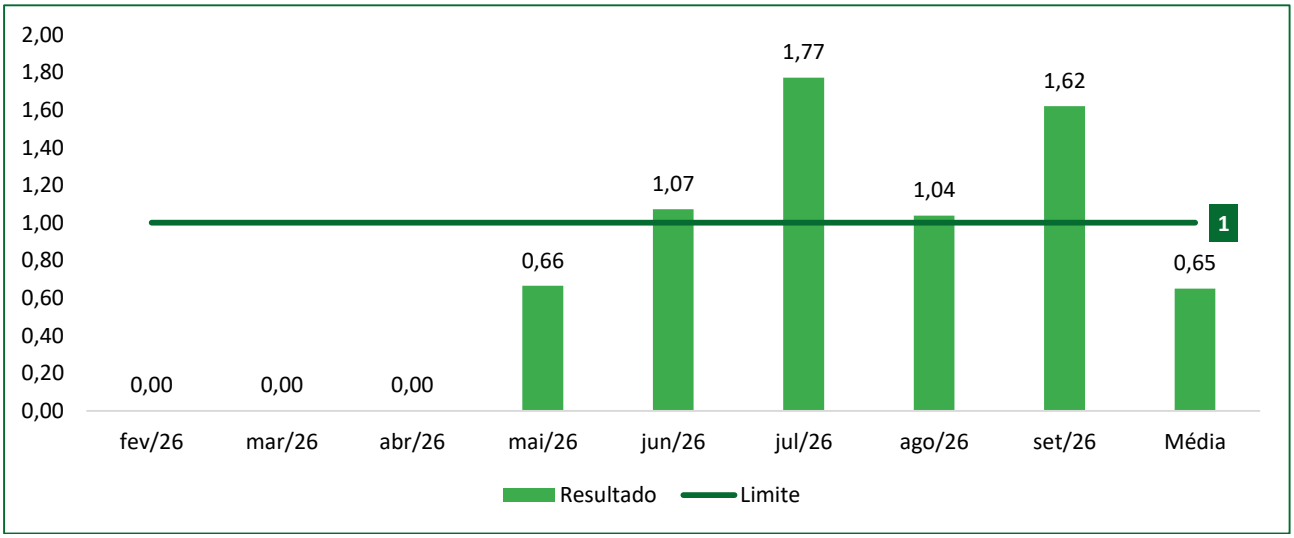
Plano de Ação e Acompanhamento

Prazo limite: 05/11/2026.

Responsáveis: SCIH, Ortopedia, Coordenações do Centro Cirúrgico e de Enfermagem e equipe do Ambulatório.

Como plano de ação, serão reforçadas as orientações de alta, incluindo os sinais de alerta e a importância do seguimento pós-alta, por meio de contato telefônico e retorno ambulatorial, conforme fluxo institucional. As ações realizadas, devolutivas e eventuais pendências serão registradas, e a efetividade das medidas será avaliada no próximo fechamento mensal.

Gráfico 39: Incidência de Quedas, setembro – 2026.



Fonte: Coordenação Enfermagem (2026).

Em relação ao Indicador de Quedas do mês de setembro de 2026, foram registradas 3 ocorrências institucionais 1(uma) no Pronto Socorro Geral e 2(duas) na Clínica Médica, todas devidamente notificadas, analisadas e acompanhadas pela equipe assistencial em estrita consonância com as diretrizes de Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Prevenção de Eventos Adversos.

O grande destaque assistencial reside no fato de que 100% dos eventos evoluíram sem nenhum dano ao paciente, não sendo identificadas lesões, fraturas, traumatismos cranioencefálicos ou complicações clínicas decorrentes dos episódios, o que comprova a efetividade das barreiras de segurança implementadas e a rápida capacidade de resposta das equipes. Importante ressaltar que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e do Protocolo de Prevenção de Quedas, classifica como queda o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

Neste sentido a completa ausência de danos demonstra a construção da maturidade institucional na gestão preventiva e mitigatória dos riscos, confirmando que a infraestrutura existente como leitos com grades elevadas, barras de apoio, monitoramento assistencial contínuo, vigilância da enfermagem, avaliação individualizada de risco e a adoção de medidas preventivas adaptadas à vulnerabilidade de cada paciente cumpriu seu papel de interromper a progressão de eventos potencialmente graves. Afinal, a prevenção de quedas é uma responsabilidade transversal e multiprofissional, na qual a enfermagem atua como pilar central por meio da aplicação sistemática de escalas preditivas, sinalização de riscos, implementação do plano de cuidados, reavaliação periódica das condições clínicas e orientação contínua a pacientes e acompanhantes.

As ocorrências do período devem ser interpretadas à luz do perfil clínico e epidemiológico dos assistidos, ponderando fatores intrínsecos e extrínsecos de risco como idade avançada, alterações neuromusculares, déficit de mobilidade, oscilações no nível de consciência, agitação psicomotora, uso de polifarmácia e permanência hospitalar prolongada. Especialmente em cenários de maior complexidade e internações estendidas decorrentes do tempo de regulação de leitos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a exposição a fatores de risco se amplia, exigindo vigilância ostensiva, reavaliação dinâmica e o constante fortalecimento das medidas de proteção.

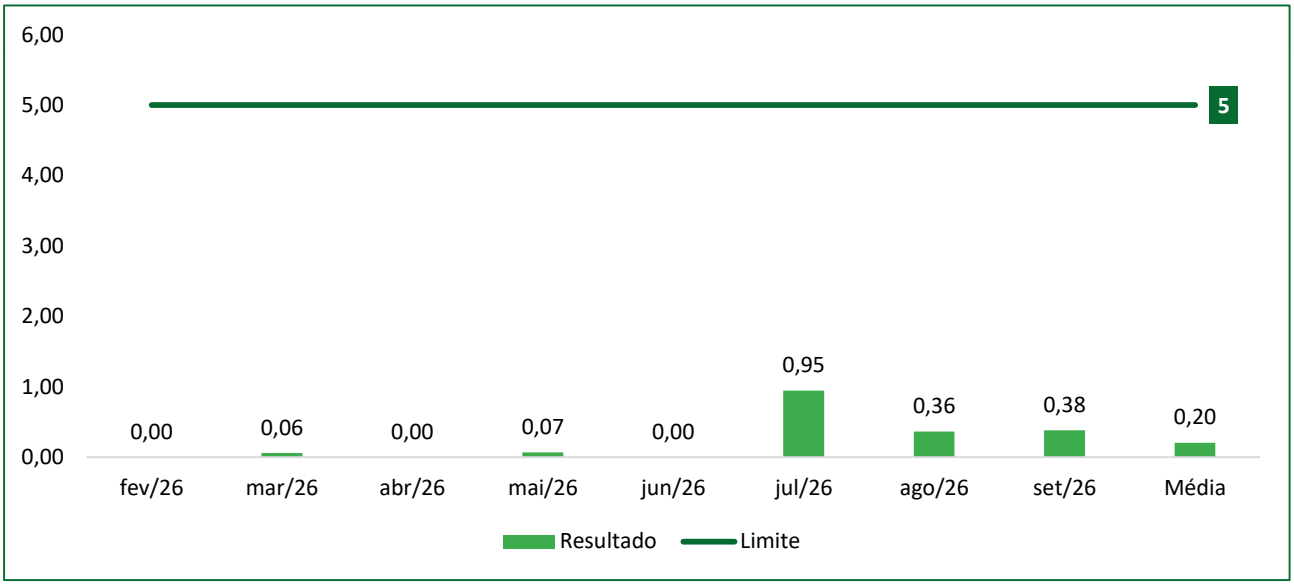
É essencial ressaltar que a classificação "sem danos" não minimiza a relevância do indicador; pelo contrário, cada registro é encarado como uma oportunidade concreta de aprendizado organizacional para identificar vulnerabilidades, revisar processos e aperfeiçoar protocolos. Assim, embora tenham ocorrido 3 quedas em setembro de 2026, o resultado zero dano constitui um indicador altamente favorável da capacidade institucional de prevenção, detecção precoce, mitigação e resposta aos riscos assistenciais.

O compromisso da instituição permanece inegociável na busca pela redução contínua da incidência de quedas e na eliminação de danos evitáveis, mediante a qualificação permanente das equipes, análise crítica das notificações e fortalecimento da cultura de segurança.

Em uma perspectiva de melhoria contínua, compreende-se que a segurança do paciente é uma obra em constante edificação: assim como em uma estrutura arquitetônica sólida, em que cada elemento e régua desempenham papel indispensável para assegurar a firmeza e a estabilidade do todo, a excelência do cuidado se constrói diariamente pela união entre conhecimento técnico, disciplina assistencial, vigilância e compromisso ético de cada profissional.

Dessa forma, os dados de setembro refletem mais do que números favoráveis; evidenciam a consolidação progressiva de uma cultura de segurança na qual prevenir, reconhecer, agir e aprender são pilares indissociáveis da construção de um cuidado cada vez mais justo, perfeito e seguro.

Gráfico 40: Incidência de Úlcera por pressão, setembro – 2026.



Fonte: Coordenação Enfermagem (2026)

No período de 01 a 30 de setembro de 2026, foram registrados 07 (sete) casos de Lesão por Pressão (LPP) em pacientes sob acompanhamento institucional, distribuídos da seguinte forma:

- 02 casos – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- 02 casos – Clínica Cirúrgica;
- 01 caso – Clínica Médica;
- 02 casos – Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Ressalta-se, desde logo, que o setor no qual a lesão foi identificada ou notificada não representa, necessariamente, o local onde a lesão foi adquirida, sendo indispensável a análise individualizada da trajetória assistencial e das condições clínicas apresentadas por cada paciente.

Dos casos registrados, 100% foram submetidos à análise técnica pela equipe de Enfermagem, com avaliação criteriosa quanto à origem provável da lesão, diferenciação entre lesões presentes na admissão e aquelas relacionadas à permanência hospitalar, classificação e estadiamento conforme as diretrizes vigentes, além do acompanhamento evolutivo pela equipe multiprofissional.

Todos os eventos foram devidamente notificados, investigados, registrados e acompanhados, em consonância com os protocolos institucionais de Segurança do Paciente, prevenção de lesões cutâneas e boas práticas assistenciais. Mais do que contabilizar eventos, a gestão assistencial compreende o indicador como instrumento de aprendizado institucional.

Cada ocorrência é analisada como uma oportunidade de aperfeiçoamento do processo de trabalho, permitindo identificar vulnerabilidades, fortalecer barreiras de segurança e qualificar continuamente o cuidado. Destaca-se que o fortalecimento do Processo de Enfermagem, da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e da utilização contínua de ferramentais preditivas, especialmente a Escala de Braden, constitui importante barreira de segurança para identificação precoce dos pacientes em risco.

A avaliação sistemática possibilita estratificar o risco, individualizar o plano de cuidados e implementar medidas preventivas de maneira proporcional à condição clínica e à vulnerabilidade de cada paciente. Nesse sentido, foram mantidas estratégias assistenciais como: Avaliação diária da integridade da pele, reavaliação sistemática do risco para LPP. Mudança de decúbito individualizada conforme condição clínica, utilização de superfícies especiais para redistribuição de pressão, proteção e alívio de pressão sobre proeminências ósseas, controle da umidade, prevenção de fricção e cisalhamento, utilização de coberturas e tecnologias apropriadas, conforme avaliação do enfermeiro, acompanhamento nutricional e multiprofissional, registro sistemático da evolução e do plano terapêutico.

A assistência foi conduzida de maneira integral, contínua, individualizada, humanizada e fundamentada em evidências científicas, envolvendo Enfermagem, equipe médica, Fisioterapia, Nutrição e demais profissionais pertinentes à condição clínica de cada paciente. Considerações sobre a complexidade clínica: A análise individualizada dos prontuários demonstra que os casos registrados no período estiveram, em sua maioria, associados a condições clínicas de elevada complexidade e importante comprometimento da perfusão e da integridade tissular, incluindo, entre outras situações: doença renal crônica em terapia dialítica, prematuridade, patologias circulatórias, restrição severa ao leito decorrente de fraturas e condições ortopédicas, quadros de falência ou comprometimento multissistêmico.

A literatura especializada e as diretrizes contemporâneas de prevenção e manejo de lesões por pressão reconhecem que pacientes críticos, particularmente aqueles submetidos à instabilidade hemodinâmica, apresentam comprometimento da perfusão periférica decorrente dos mecanismos compensatórios do organismo.

Nessas circunstâncias, a redução do fluxo sanguíneo cutâneo pode favorecer hipóxia e isquemia tecidual, aumentando significativamente a vulnerabilidade para desenvolvimento ou agravamento de lesões, inclusive quando são adotadas medidas preventivas adequadas. Portanto, a ocorrência de LPP não deve ser interpretada isoladamente como evidência de falha assistencial.

A análise de qualidade deve considerar o conjunto de fatores intrínsecos, extrínsecos e clínicos relacionados ao paciente, bem como a efetividade das medidas preventivas implementadas.

No período analisado, os registros e a análise dos prontuários evidenciam a adoção das medidas assistenciais pertinentes, não havendo elemento técnico que permita atribuir automaticamente a ocorrência das lesões à omissão de cuidados de Enfermagem ou Medicina. Indicador como instrumento de melhoria contínua: A Lesão por Pressão permanece como importante indicador de qualidade e segurança assistencial, especialmente em unidades que recebem pacientes críticos, dependentes e de elevada complexidade.

Por essa razão, a gestão de Enfermagem mantém como prioridades na sua prática à Vigilância, Identificação precoce, Prevenção, Intervenção, Registro, Análise, Aprendizado e Aperfeiçoamento. Essa lógica permite transformar o indicador em ferramenta de gestão, e não simplesmente em mecanismo de responsabilização. A assistência segura é construída diariamente.

Cada avaliação realizada, cada mudança de decúbito, cada registro, cada intervenção e cada orientação à equipe representa uma barreira adicional contra o dano. Assim como em toda construção sólida, a qualidade não depende de uma única ação ou de um único profissional, mas da correta união entre pessoas, processos, conhecimento técnico, responsabilidade e propósito institucional.

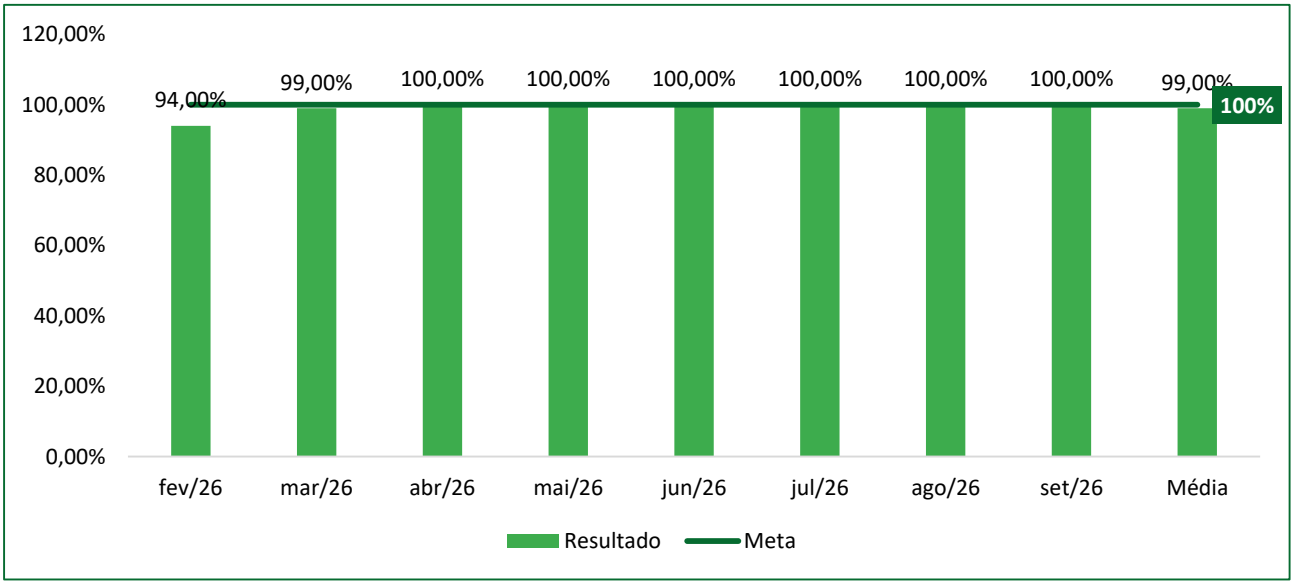
Diante dos dados apresentados, conclui-se que os 07 casos registrados em setembro de 2026 foram devidamente identificados, notificados, analisados e

acompanhados, considerando-se a complexidade clínica individual e os fatores associados à vulnerabilidade dos pacientes.

A coordenação assistencial reconhece que não basta reagir ao evento: é necessário aprender com ele, fortalecer processos e antecipar riscos. Permanece, portanto, o compromisso institucional com o aprimoramento contínuo da SAE, do Processo de Enfermagem, da educação permanente, da vigilância da integridade cutânea, da utilização adequada das escalas preditivas e do monitoramento sistemático dos indicadores.

O propósito não é apenas reduzir números, mas construir uma assistência cada vez mais segura, ética, humanizada e tecnicamente consistente.

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



Fonte: Coordenação Centro Cirúrgico (2026)

No mês de setembro de 2026, foram realizados procedimentos cirúrgicos no Centro Cirúrgico Geral e no Centro Obstétrico, contemplando 116 procedimentos de urgência, 152 eletivos, 51 cesáreas, 1 procedimento relacionado à laceração e 3 curetagens.

O acompanhamento demonstrou a presença do Checklist de Cirurgia Segura em 100% dos procedimentos realizados, evidenciando a incorporação do instrumento à rotina assistencial. Entretanto, a avaliação qualitativa identificou fragilidades que precisam ser

consideradas na análise do indicador, especialmente quanto à completude e à padronização dos registros.

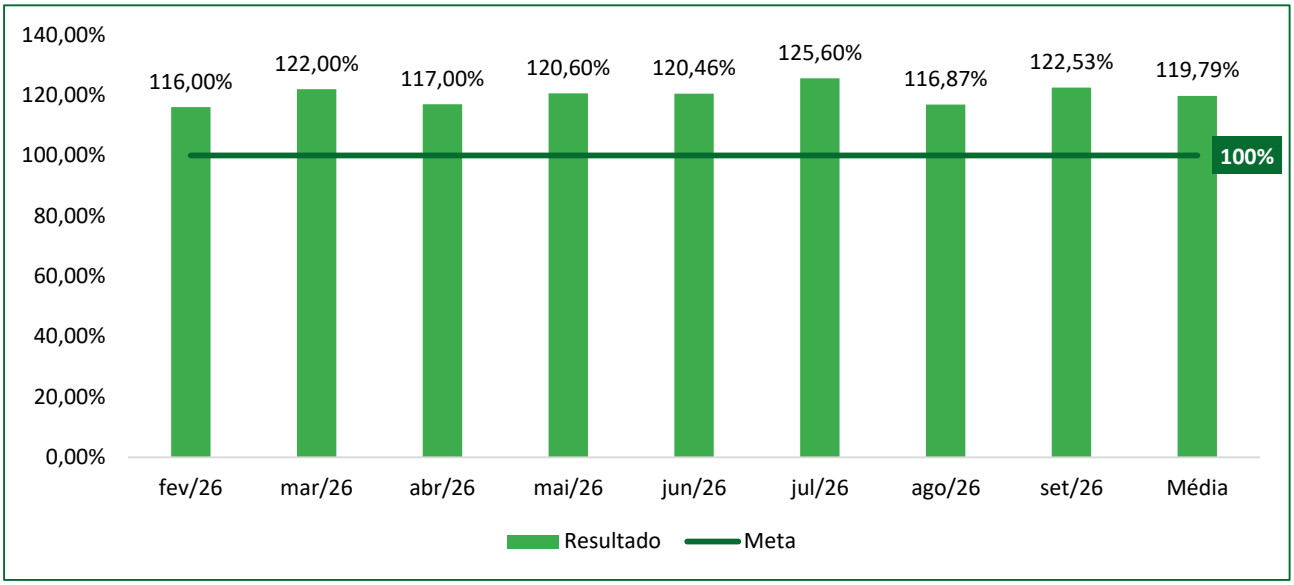
Entre os dias 1º e 10 de setembro, foram avaliados 31 checklists, sendo identificadas não conformidades relacionadas à ausência de etiqueta de identificação do paciente, falta de data e carimbo médico, utilização de abreviações na descrição dos procedimentos e posicionamento inadequado das etiquetas nos formulários. Essas ocorrências demonstram que, embora o instrumento esteja sendo utilizado, ainda existem oportunidades de melhoria na qualidade documental e na rastreabilidade das informações.

As principais fragilidades foram observadas no período noturno, motivando orientações específicas às equipes e a disponibilização de Instrução de Trabalho para padronização do preenchimento. Também foram intensificadas as conferências periódicas dos formulários, com coleta a cada sete dias, comparação com o livro de procedimentos cirúrgicos, registro em planilha de controle e digitalização dos documentos.

A análise evidencia que a presença do checklist em todos os procedimentos representa um avanço na adesão à rotina institucional, mas não assegura, isoladamente, o cumprimento integral dos critérios de preenchimento. Dessa forma, permanecem necessárias as auditorias periódicas e as ações educativas direcionadas às inconsistências identificadas, com acompanhamento da efetividade das orientações e redução da reincidência das não conformidades.

O fortalecimento dessas medidas é essencial para assegurar não apenas a utilização do Checklist de Cirurgia Segura, mas também a qualidade dos registros, a rastreabilidade das informações e a segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Gráfico 42: Disponibilização de 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial, setembro – 2026.



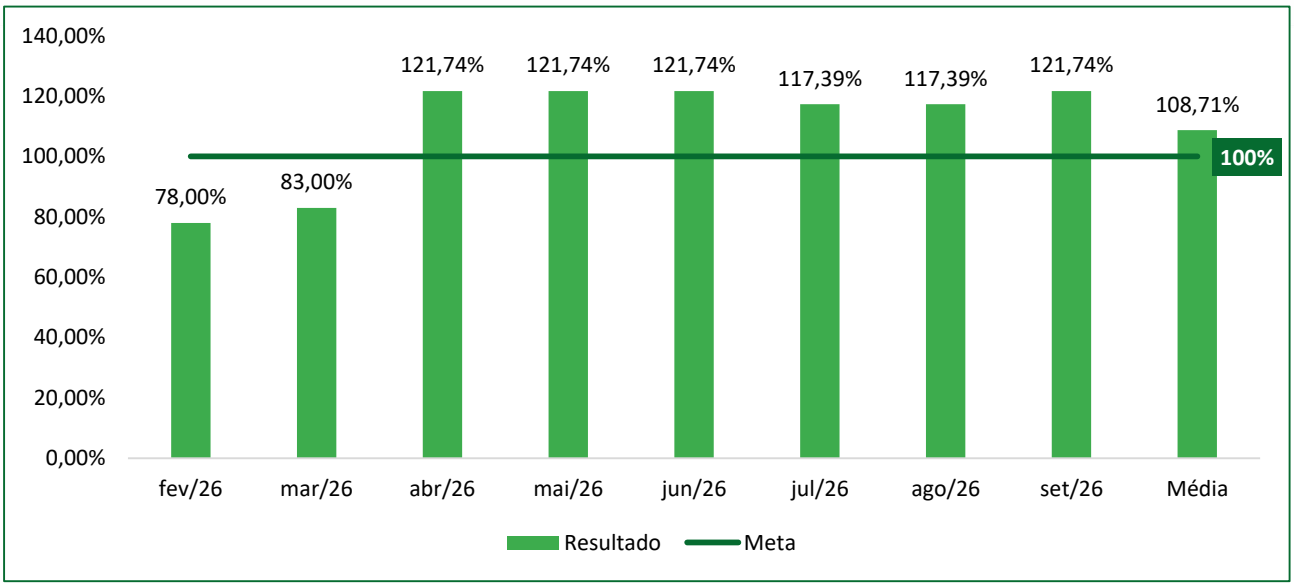
Fonte: SADT HMA (2026)

No período de 01 a 30 de setembro de 2026, foram disponibilizadas 4.307 vagas para a realização de exames SADT eletivos, correspondendo a 122,53% da meta pactuada no Contrato de Gestão.

Em relação à produção do período, foram realizados 3.248 exames referentes à competência atual, além de 16 exames de competências anteriores. Na competência de setembro, foram registradas 991 faltas.

O resultado demonstra que a disponibilização de vagas permaneceu acima da meta contratual estabelecida, atingindo 122,53% do quantitativo pactuado.

Gráfico 43: Disponibilização de 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, setembro – 2026.

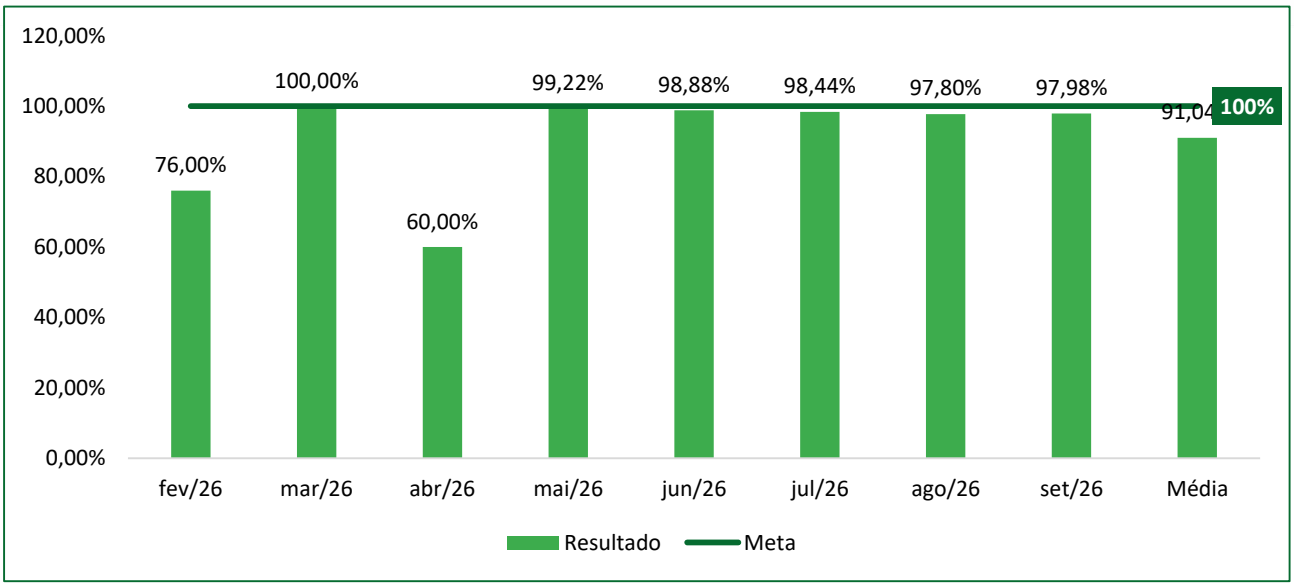


Fonte: SADT HMA (2026)

No período de 01 (primeiro) a 30 (trinta) de setembro de 2026, foram disponibilizadas 220 (duzentas e vinte) primeiras consultas de Cardiologia para avaliação pré-sedação de exames diagnósticos eletivos e 60 (sessenta) consultas de Plano de Parto, totalizando 280 (duzentas e oitenta) consultas disponibilizadas.

O quantitativo ofertado corresponde a 121,74% (cento e vinte e um vírgula setenta e quatro por cento) da meta prevista no Contrato de Gestão, demonstrando resultado superior à meta contratual estabelecida para o período.

Gráfico 44: Realizar 100% de confirmação sistema de informação utilizado pela SMSA, setembro – 2026.



Fonte: SADT HMA (2026)

No período analisado, foram agendados 586 (quinhentos e oitenta e seis) atendimentos ambulatoriais, dos quais 391 (trezentos e noventa e um) foram realizados, sendo registradas 121 (cento e vinte e uma) ausências e 74 (setenta e quatro) cancelamentos.

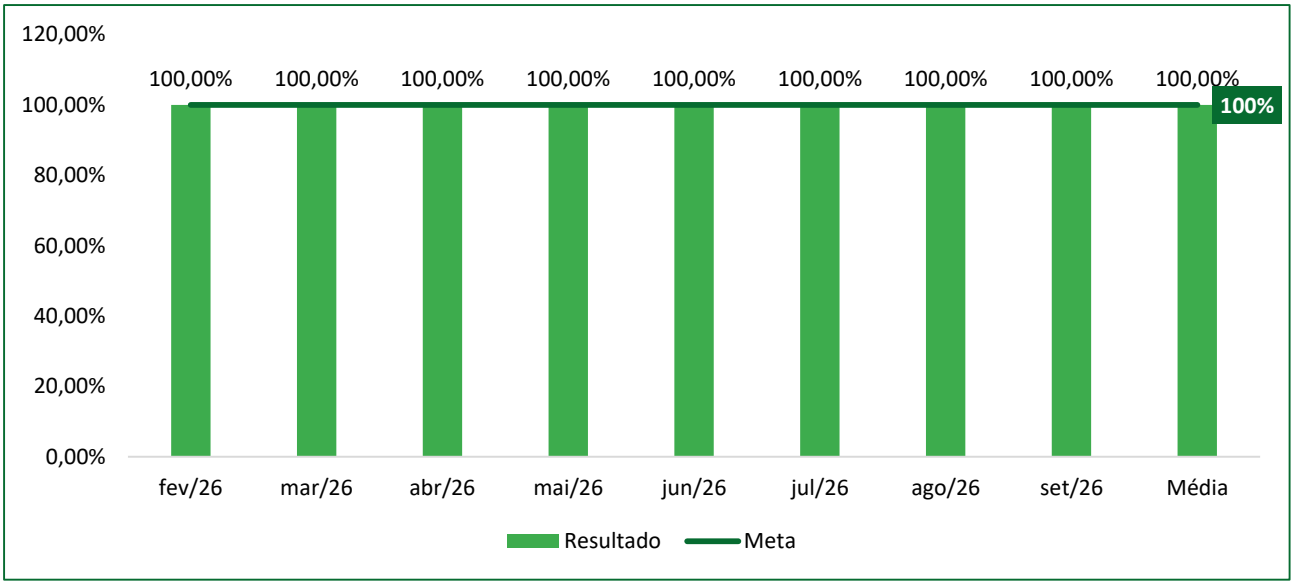
As não conformidades identificadas no período estão relacionadas a ocorrências pontuais que impactaram a realização dos atendimentos e exames previamente agendados.

No SADT, foram registrados 09 (nove) exames de Raio-X não realizados, em decorrência de queda de energia elétrica ocorrida no dia 28/09, impossibilitando a realização dos procedimentos na data prevista. Também foram identificados 03 (três) exames de eletrocardiograma que necessitarão de reconvocação dos pacientes, devido à necessidade de substituição dos cabos do equipamento, identificada durante a realização dos exames.

No Ambulatório, foram registrados 57 (cinquenta e sete) atendimentos de Cardiologia Pré-Sedação, 16 (dezesseis) atendimentos de Proctologia e 01 (um) atendimento relacionado à captação de pequenas cirurgias, os quais também compuseram as ocorrências identificadas no período.

De modo geral, as não conformidades registradas decorreram predominantemente de fatores operacionais e intercorrências técnicas pontuais, não estando relacionadas à deficiência no processo de confirmação dos pacientes. As situações identificadas foram acompanhadas pela equipe, com reorganização das agendas, reconvocação dos pacientes quando necessária e adoção das medidas pertinentes para regularização dos atendimentos, visando minimizar impactos nos indicadores dos períodos subsequentes.

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



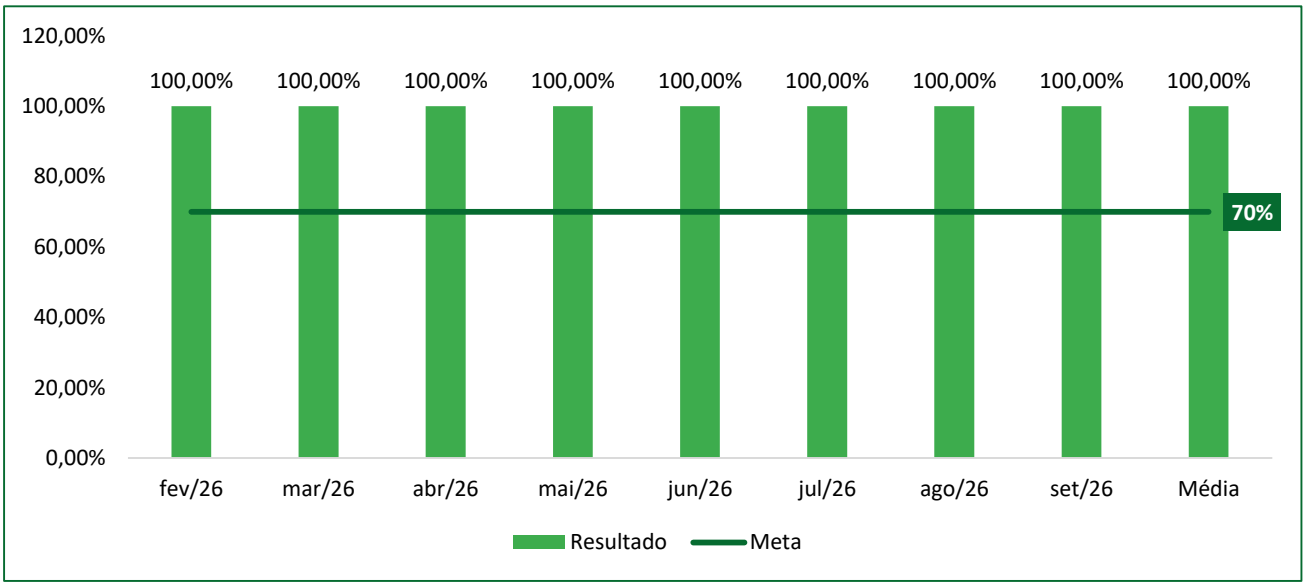
Fonte: Coordenação de Enfermagem (2026)

No mês de **setembro de 2026**, o envio do censo hospitalar ao Departamento de Urgência e Emergência, realizado quatro vezes ao dia, manteve **100% de cumprimento**, demonstrando o atendimento integral à rotina estabelecida para o período.

O resultado evidencia a regularidade no encaminhamento das informações referentes à ocupação, disponibilidade e movimentação dos leitos hospitalares, garantindo a atualização dos dados necessários ao acompanhamento do fluxo assistencial.

A manutenção do cumprimento integral do indicador contribui para o adequado gerenciamento dos leitos, organização do fluxo de pacientes e suporte às decisões das equipes assistenciais e gestoras, favorecendo a integração entre os setores e a continuidade da assistência hospitalar.

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

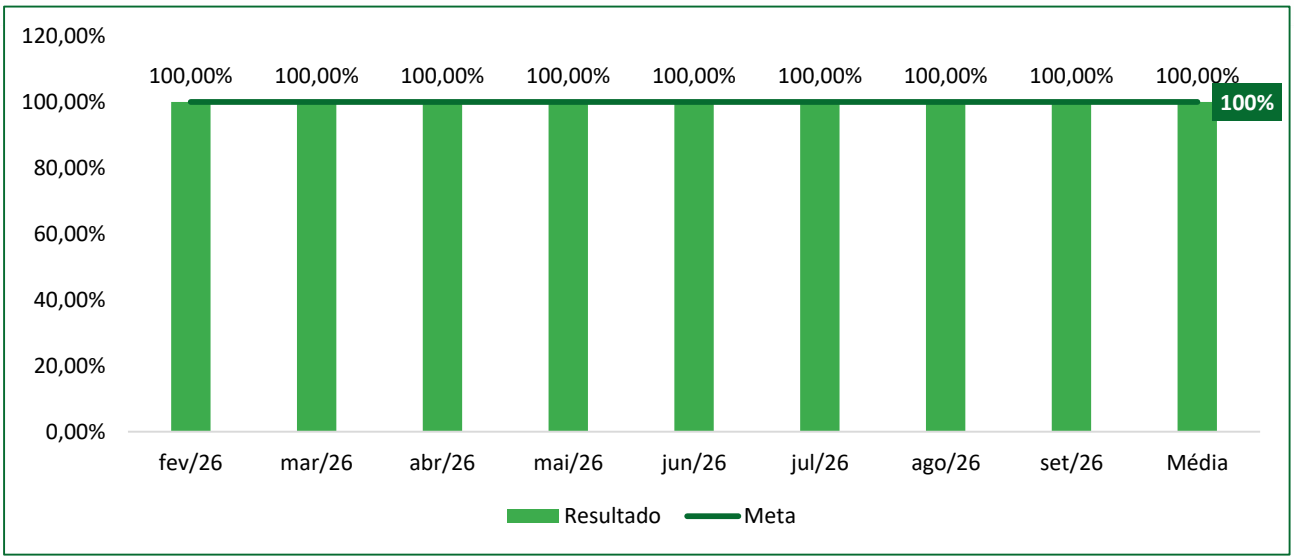


Fonte: SADT HMA (2026)

Durante o mês de setembro de 2026, o indicador de alta referenciada atingiu 100%, frente à meta institucional de 70%, representando um desempenho satisfatório no período avaliado. Esse resultado indica que não houve registros de pacientes elegíveis sem o devido referenciamento, demonstrando a adequação do fluxo de encaminhamentos adotado pela unidade.

A análise do período evidencia a importância da integração do processo de alta às necessidades de acompanhamento dos pacientes, especialmente daqueles que demandam seguimento assistencial após a internação. O alcance integral da meta também reforça a necessidade de manter a padronização dos registros e a avaliação periódica dos encaminhamentos realizados, de modo a garantir a rastreabilidade das informações e identificar possíveis oportunidades de aprimoramento no fluxo de referência e contrarreferência.

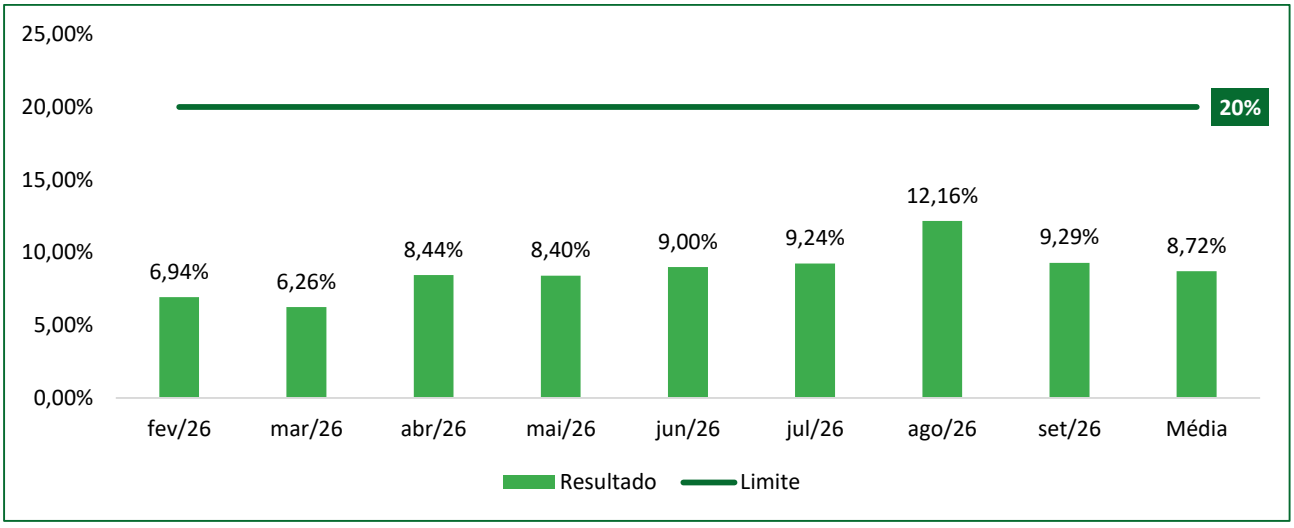
Gráfico 47: Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% das puérperas e dos RN egressos nas Unidades de Saúde, setembro – 2026.



Fonte: Coordenação de Enfermagem (2026)

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

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



Fonte: Coordenação de Enfermagem (2026)

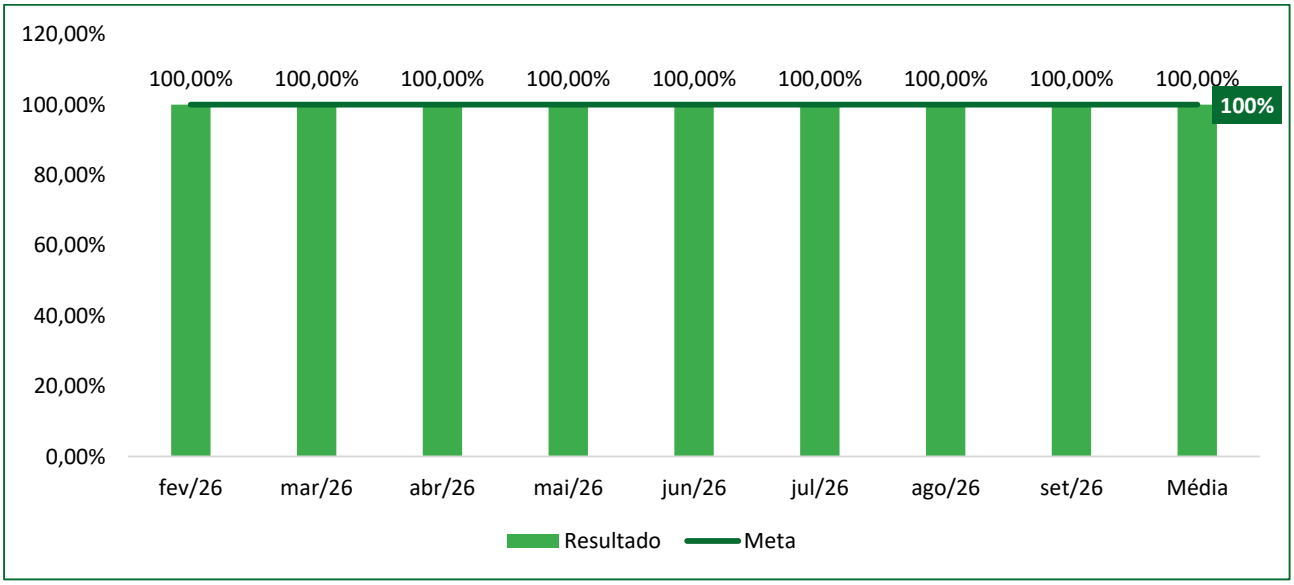
Em setembro de 2026, foram registradas 52 reinternações em até 30 dias, considerando um total de 560 atendimentos hospitalares, correspondendo à taxa de 9,29%, resultado inferior à meta contratual de 20%.

Em comparação ao mês de agosto, quando o indicador apresentou 12,16%, houve redução de 2,87 pontos percentuais. O resultado demonstra que a taxa de reinternação permaneceu dentro do parâmetro estabelecido, mesmo diante da demanda assistencial registrada no período.

As reinternações devem ser analisadas considerando as condições clínicas dos pacientes, a evolução após a alta hospitalar e a necessidade de continuidade do tratamento. O acompanhamento do indicador permite identificar possíveis retornos relacionados ao mesmo quadro clínico e avaliar oportunidades de melhoria no processo de alta e na continuidade da assistência.

INDICADORES – GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

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



Fonte: Faturamento HMA (2026)

No mês de setembro de 2026, foram apresentadas 590 (quinhentas e noventa) Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), correspondentes a 581 (quinhentas e oitenta e uma) saídas hospitalares registradas no período. A diferença entre os quantitativos decorre dos seguintes ajustes realizados conforme os critérios de faturamento hospitalar:

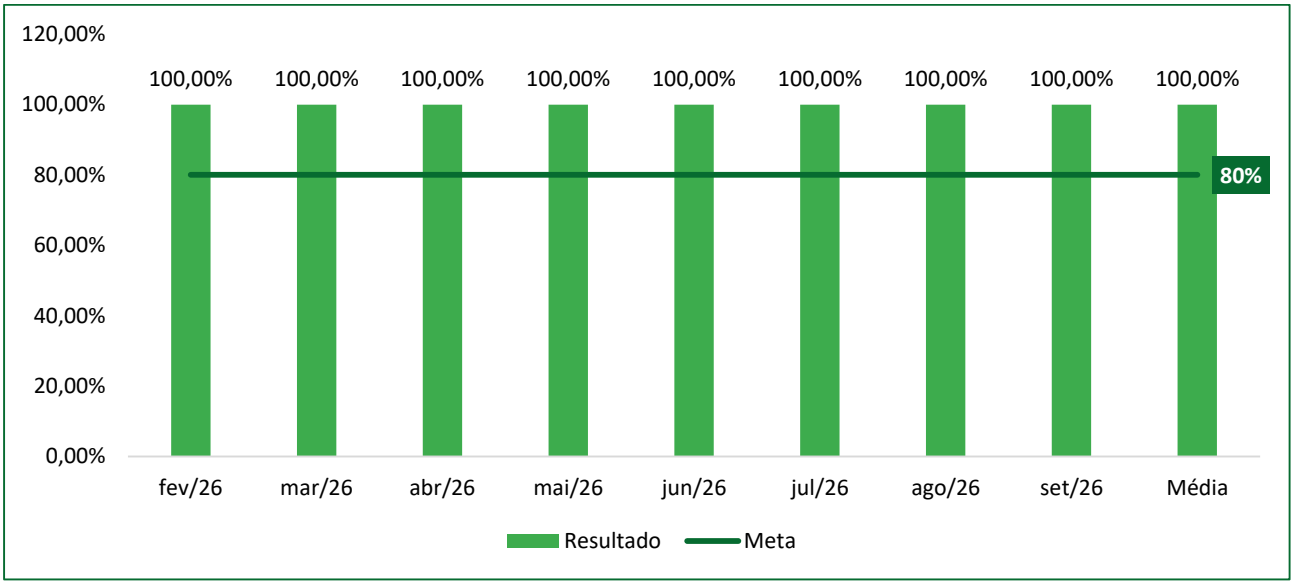
17 (dezessete) AIHs incorporadas, decorrentes de desdobramentos relacionados a reoperações ou alterações de procedimentos;

1. **11 (onze) AIHs subtraídas, referentes a internações com duração inferior a 72 (setenta e duas) horas, relacionadas ao mesmo diagnóstico, conforme os critérios de faturamento;**

3 (três) AIHs incorporadas, decorrentes de fechamentos administrativos, conforme as regras aplicáveis ao faturamento hospitalar.

Ressalta-se que o comprovante de transmissão da produção de AIHs aprovadas é disponibilizado pelo Núcleo de Auditoria em Saúde (NAS) somente a partir do vigésimo dia do mês subsequente à competência, motivo pelo qual sua apresentação fica condicionada à disponibilização pelo referido setor.

Gráfico 50: Garantir respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia, setembro – 2026.



Fonte: Ouvidoria HMA (2026)

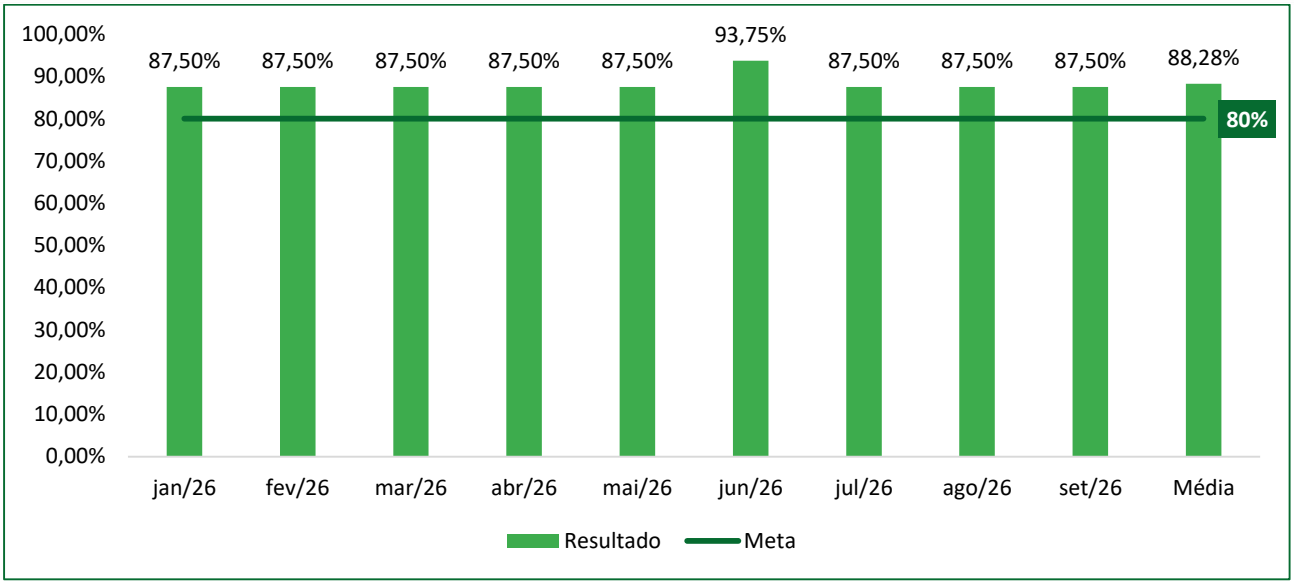
No mês de setembro de 2026, a Ouvidoria do Hospital Municipal de Araucária contabilizou 23 manifestações, sendo 18 registradas por meio do sistema AtendeNet e 5 recebidas presencialmente.

As demandas apresentadas envolveram diferentes aspectos da assistência e dos processos institucionais, com destaque para questões relacionadas à conduta médica nas especialidades de Ortopedia e Obstetrícia, cancelamento de procedimento cirúrgico, atendimento no Pronto Atendimento Infantil, Central de Vagas, tempo de espera para transferência de pacientes e orientações sobre o preparo para exames de colonoscopia.

As manifestações foram devidamente registradas e direcionadas aos setores competentes, respeitando a natureza de cada ocorrência e buscando obter os esclarecimentos necessários. O acompanhamento dessas demandas permite identificar situações que necessitam de maior atenção das equipes, além de subsidiar a avaliação dos fluxos assistenciais e administrativos da unidade.

A análise das manifestações recebidas no período reforça a importância da comunicação clara com pacientes e familiares, especialmente quanto às orientações assistenciais, à programação de procedimentos e aos processos de transferência. Nesse contexto, a Ouvidoria mantém sua atuação no acolhimento, na mediação das demandas e no acompanhamento dos encaminhamentos realizados, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Gráfico 51: Garantir a efetividade das Comissões e Comitês, setembro – 2026.



Fonte: Setor de Qualidade HMA (2026)

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

Atualmente, o Hospital Municipal de Araucária conta com 17 comissões e núcleos institucionalizados, constituídos de acordo com as necessidades institucionais, requisitos contratuais, legislações específicas e recomendações dos órgãos reguladores e científicos, sendo eles: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), Núcleo de Educação Permanente (NEP), Comissão de Farmácia, Terapêutica e Padronização de Medicamentos, Insumos, Saneantes e Outras Tecnologias, Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão de Cuidados Paliativos, Comissão de Proteção Radiológica, Comissão de Humanização, Comissão de Epidemiologia, Comissão de Revisão de Prontuários, Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), Comitê Transfusional, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Núcleo Interno de Regulação (NIR), Comissão de Óbito Adulto, Comissão de Óbito Materno, Infantil e Neonatal e Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN).

Durante o período avaliado, as comissões e núcleos institucionais permaneceram sob acompanhamento da Gestão da Qualidade quanto à regularidade de suas atividades, realização das reuniões, participação dos membros, quórum, registros das deliberações, encaminhamentos e cumprimento dos prazos estabelecidos. Esse acompanhamento tem como objetivo não apenas assegurar o funcionamento formal das instâncias colegiadas, mas principalmente avaliar sua efetividade enquanto ferramentas de governança, gestão de riscos, análise de não conformidades, monitoramento de indicadores e apoio à tomada de decisão institucional.

Como aspecto relevante do mês de setembro, destaca-se a realização de reunião extraordinária da Comissão de Gerenciamento de Resíduos, convocada para tratar de assuntos pendentes relacionados ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). A realização da reunião extraordinária demonstra a mobilização da instituição para o tratamento de pendências que demandam acompanhamento específico e maior celeridade, possibilitando a discussão das medidas necessárias para regularização e aprimoramento dos processos relacionados ao gerenciamento de resíduos. Sob a perspectiva da gestão da qualidade, o acompanhamento das ações relacionadas ao PGRSS permanece como ponto relevante, considerando os riscos sanitários, ambientais e ocupacionais relacionados ao manejo, segregação, acondicionamento, armazenamento, coleta e destinação dos resíduos de serviços de saúde.

Outro aspecto relevante observado durante o mês foi a nomeação do novo Diretor Técnico, com consequente atualização de sua participação e representação nas instâncias institucionais, incluindo o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a Comissão de Farmácia, Terapêutica e Padronização de Medicamentos, Insumos, Saneantes e Outras Tecnologias, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e o Comitê Transfusional. A atualização da composição das comissões constitui medida importante para garantir a formalização das responsabilidades, a continuidade das atividades e a adequada representação técnica nas discussões e deliberações institucionais. Nesse sentido, a Gestão da Qualidade permanece acompanhando a atualização das portarias, atos de nomeação e demais documentos relacionados à composição das instâncias, buscando assegurar que os registros institucionais estejam compatíveis com a estrutura organizacional vigente.

No que se refere à Comissão de Ética Médica, oficialmente instituída em 08 de junho de 2026, o processo permanece temporariamente em stand by quanto à sua plena

operacionalização, em razão de adequações documentais solicitadas pelo Conselho Regional de Medicina (CRM). Entre as exigências apresentadas pelo órgão de classe encontra-se a necessidade de apresentação do Regimento Interno do Corpo Clínico, documento fundamental para a formalização das relações, atribuições, responsabilidades, direitos e deveres dos profissionais que integram o corpo clínico, bem como para o estabelecimento das bases necessárias à organização e funcionamento das instâncias relacionadas à governança médica e à ética profissional.

No momento, o Regimento Interno do Corpo Clínico encontra-se em fase de finalização junto ao Diretor Técnico e ao Diretor Clínico, com previsão de conclusão nos próximos 10 dias. Após a finalização do documento e a assinatura dos responsáveis, o Regimento Interno será encaminhado ao CRM para análise e continuidade das providências necessárias à regularização da Comissão de Ética Médica. Sob a perspectiva da gestão da qualidade, essa etapa é considerada prioritária, uma vez que representa uma pendência de regularização externa e possui impacto direto na continuidade do processo de implantação e operacionalização da Comissão de Ética Médica. Dessa forma, o acompanhamento deverá permanecer ativo até a conclusão do documento, coleta das assinaturas, protocolo junto ao CRM e retorno do órgão competente, garantindo a rastreabilidade de todas as etapas do processo.

Em relação à Comissão de Ética de Enfermagem, observa-se evolução no processo de constituição institucional, especialmente após a regularização da Responsabilidade Técnica de Enfermagem. Durante o mês de setembro, o processo avançou para a etapa de organização do processo eleitoral, encontrando-se em encaminhamento a nomeação da Comissão ou Mesa Eleitoral, bem como a elaboração e divulgação do chamamento para candidatura dos profissionais de enfermagem interessados em participar da composição da comissão.

O processo de constituição da Comissão de Ética de Enfermagem deverá observar a regulamentação vigente do Sistema COFEN/COREN, especialmente a Resolução Cofen nº 792, de 08 de outubro de 2025, que dispõe sobre as normas gerais para a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições com Serviço de Enfermagem. A referida resolução estabelece que a constituição da Comissão de Ética de Enfermagem ocorre, como regra, por meio de eleição direta e secreta, conduzida por Comissão Eleitoral constituída para essa finalidade. O processo compreende etapas como constituição da Comissão Eleitoral, elaboração e publicação do edital de convocação,

divulgação do processo aos profissionais de enfermagem, recebimento das inscrições dos candidatos, verificação da regularidade dos candidatos junto ao Conselho Regional de Enfermagem, divulgação dos candidatos habilitados, realização da eleição, apuração dos votos, encaminhamento da documentação ao Coren, análise e homologação do processo e posterior nomeação e posse dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

É importante destacar que, conforme a Resolução Cofen nº 792/2025, a eleição deve ser convocada com antecedência de até 60 dias corridos antes da data prevista para o pleito. O período de inscrição e candidatura deverá ser estabelecido no edital e no cronograma eleitoral, o qual permanecerá aberto durante 60 dias. Após a realização da eleição e o encaminhamento da documentação completa ao Conselho Regional de Enfermagem, a normativa estabelece prazo de até 60 dias corridos para manifestação quanto à homologação da Comissão de Ética de Enfermagem. Dessa forma, para fins de gestão da qualidade e rastreabilidade, o processo será acompanhado por meio de cronograma formal, contemplando cada etapa, responsável e prazo correspondente, de modo a garantir transparência, conformidade e segurança documental durante toda a implantação da comissão.

A constituição da Comissão de Ética de Enfermagem representa importante mecanismo de governança profissional, contribuindo para o fortalecimento das ações educativas e preventivas, orientação dos profissionais quanto aos princípios éticos, análise de situações relacionadas ao exercício profissional e promoção de uma cultura institucional pautada na responsabilidade, ética, segurança do paciente e qualidade da assistência. Sob a ótica da Gestão da Qualidade, o processo será acompanhado não apenas quanto à conclusão das etapas formais de constituição, mas também quanto à efetiva implantação e funcionamento da comissão após sua homologação.

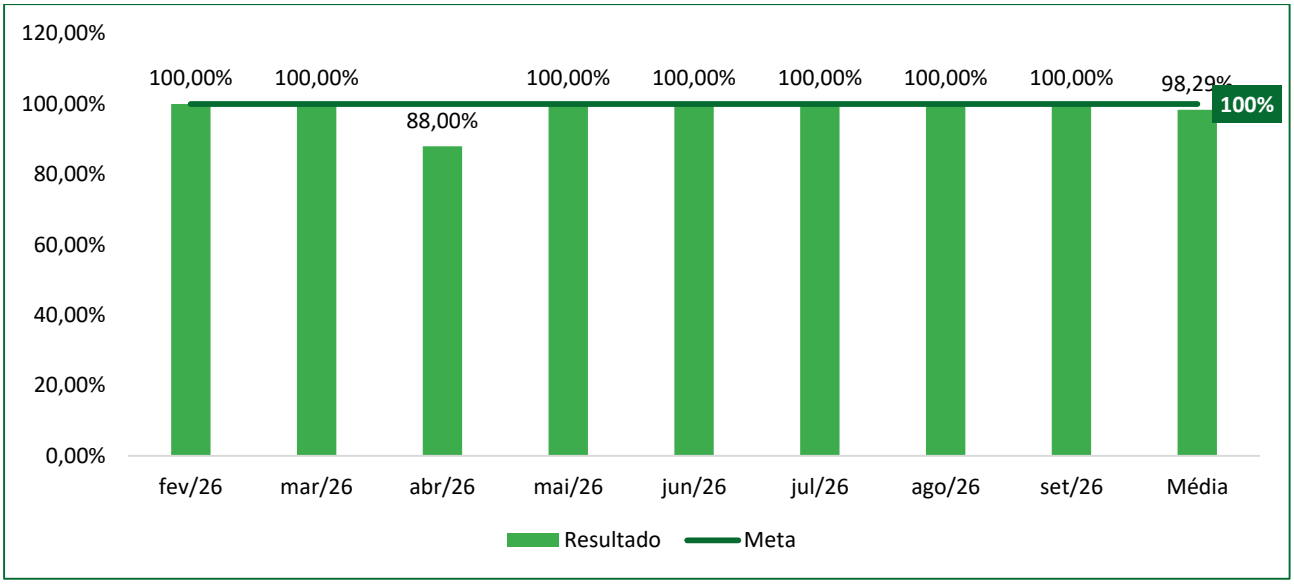
De maneira geral, a análise do mês de setembro de 2026 demonstra evolução progressiva na organização e no fortalecimento das instâncias colegiadas da instituição. A realização de reunião extraordinária da Comissão de Gerenciamento de Resíduos para tratamento das pendências relacionadas ao PGRSS, a atualização da composição de diferentes comissões em decorrência da nomeação do novo Diretor Técnico e o avanço dos processos de regularização das Comissões de Ética Médica e de Enfermagem demonstram a continuidade das ações voltadas ao fortalecimento da governança institucional.

Sob a perspectiva da gestão da qualidade, o cenário observado em setembro evidencia que as comissões e núcleos institucionais vêm progressivamente se consolidando não apenas como estruturas destinadas ao atendimento de requisitos legais, contratuais e regulatórios, mas como instrumentos efetivos de governança, gestão de riscos e apoio à tomada de decisão. Nesse contexto, torna-se fundamental que o acompanhamento das instâncias colegiadas avance continuamente do controle da existência e realização das reuniões para uma avaliação mais aprofundada da efetividade das deliberações, do cumprimento dos planos de ação, do tratamento das pendências, da análise dos resultados e da demonstração das melhorias decorrentes da atuação de cada comissão.

Para os próximos ciclos de acompanhamento, será mantido o monitoramento sistemático da regularidade das reuniões, do quórum, dos registros, dos encaminhamentos e respectivos prazos, bem como o acompanhamento da efetividade das ações deliberadas. Permanecerão como prioridades a conclusão do Regimento Interno do Corpo Clínico e seu encaminhamento ao CRM, a continuidade do processo de regularização da Comissão de Ética Médica e o avanço das etapas para constituição da Comissão de Ética de Enfermagem.

Dessa forma, a instituição mantém uma trajetória de fortalecimento da maturidade de suas instâncias colegiadas, ampliando progressivamente a capacidade de mobilização, participação, atuação preventiva e resolutiva e integração entre as diferentes áreas, contribuindo para a consolidação de uma cultura organizacional orientada à qualidade, segurança do paciente, gestão de riscos, conformidade regulatória, ética profissional e melhoria contínua.

Gráfico 52: Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional, setembro – 2026.



Fonte: Sistema Tasy (2026)

A Comissão de Revisão de Prontuários realiza mensalmente a avaliação de 60 prontuários selecionados aleatoriamente, sendo 10 de cada unidade assistencial: Clínica Obstétrica, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, UTI Neonatal e UTI Geral. Em setembro de 2026, todos os prontuários avaliados atenderam aos critérios estabelecidos, alcançando 100% de conformidade no indicador.

As avaliações são conduzidas pelos membros da Comissão, que se reúnem ao final de cada mês para consolidar os resultados, analisar as não conformidades identificadas e acompanhar a evolução dos indicadores relacionados à qualidade dos registros assistenciais.

O processo de avaliação é realizado por meio de formulário padronizado, que contempla critérios relacionados à identificação do paciente, registros de procedimentos e cuidados prestados, assinatura e identificação dos profissionais responsáveis, checagem de prescrições e administração de medicamentos, registros de condutas e planos terapêuticos, evolução multiprofissional e utilização adequada do sistema TASY.

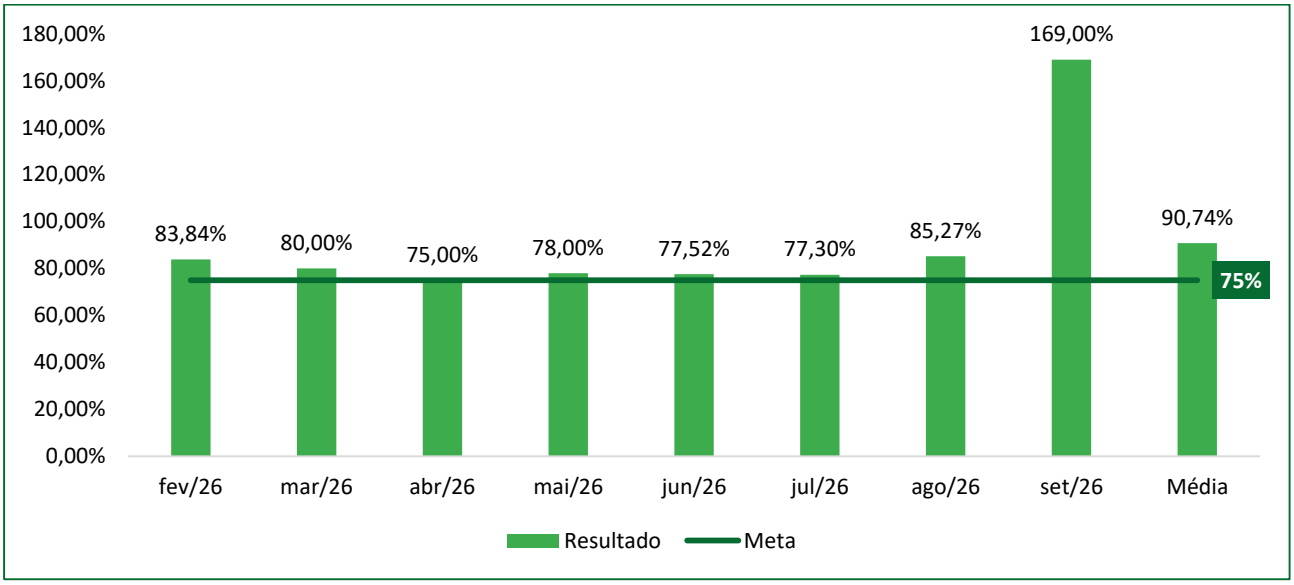
No mês de setembro de 2026, a análise dos prontuários evidenciou avanços na qualidade e na organização dos registros assistenciais, especialmente quanto ao preenchimento de informações essenciais à segurança do paciente, à apresentação dos formulários e documentos obrigatórios e à elaboração das evoluções multidisciplinares. Os resultados demonstram uma evolução positiva em relação às práticas de documentação assistencial, refletindo o acompanhamento contínuo realizado pela Comissão e pelas equipes envolvidas.

A análise crítica dos resultados aponta que as principais oportunidades de melhoria estão relacionadas à padronização dos registros e ao fortalecimento das rotinas de conferência pelas equipes assistenciais. Nesse contexto, a atuação da Comissão permanece fundamental para identificar fragilidades, orientar os profissionais e acompanhar a efetividade das medidas adotadas.

Considerando os resultados de setembro, serão mantidas as ações de orientação e acompanhamento junto às equipes, priorizando os itens que apresentaram maior frequência de inconsistências. O monitoramento mensal permitirá avaliar a evolução das conformidades e direcionar intervenções específicas, visando à melhoria contínua da qualidade documental, à rastreabilidade das informações e ao alcance da meta contratual.

- **Capacitação multidisciplinar:** Manter orientações e treinamentos direcionados às equipes assistenciais, com ênfase na checagem integral das prescrições médicas e de enfermagem, na qualidade das evoluções e no preenchimento adequado dos registros em prontuário.
- **Devolutiva das auditorias:** Compartilhar com as equipes assistenciais os principais apontamentos identificados nas avaliações, reforçando os critérios institucionais e orientando quanto às adequações necessárias para reduzir a recorrência das não conformidades.
- **Comunicação à Direção Técnica:** Encaminhar à Direção Técnica as não conformidades relacionadas aos registros e à atuação do corpo clínico, para conhecimento, avaliação e adoção das providências cabíveis.
- **Monitoramento contínuo:** Manter a avaliação mensal dos prontuários pela Comissão, acompanhando a evolução dos resultados e a efetividade das ações de melhoria implementadas.

Gráfico 53: Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente maior que 75%., setembro – 2026.



Fonte: NEP (2026)

No mês de setembro de 2026, foram realizados 19 treinamentos institucionais, sendo 9 relacionados às Metas de Segurança do Paciente, 8 voltados às Práticas e Protocolos Assistenciais e 2 classificados como Outros. Além dessas atividades, foram desenvolvidas 5 ações de orientação, instrução e eventos educativos, não contabilizadas no indicador de capacitação, considerando a distinção entre treinamentos formais e demais modalidades de Educação Permanente.

Em relação ao indicador de capacitação em Metas de Segurança do Paciente, foram registradas 683 participações, considerando um público elegível de 404 colaboradores, composto por 326 profissionais da Enfermagem, 37 da Recepção, 22 do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e 19 da Farmácia. O resultado alcançado foi de 169,06%, superando a meta contratual estabelecida de 75%, demonstrando desempenho quantitativo satisfatório no período.

As capacitações relacionadas às Metas de Segurança do Paciente contemplaram diferentes temas, sendo registradas 19 participações no treinamento de Dispensação de Medicamentos Multidose, 146 no Dia Mundial da Segurança do Paciente – Doenças Não

Transmissíveis, 145 em Segurança Medicamentosa (Meta 3), 53 em Notificações de Eventos de Queda e Registro em Prontuário (Metas 2 e 6), 225 em Prevenção de Lesões de Pele e Cuidados com a Integridade Cutânea, 14 no Preenchimento do Check-list de Cirurgia Segura, 22 em Checagem e Administração Segura de Medicamentos, 37 em Segurança do Paciente no Atendimento e 22 em Trabalho em Equipe, Comunicação e Gestão de Conflitos, totalizando 683 participações.

A distribuição das participações demonstra maior concentração nas capacitações relacionadas à prevenção de lesões de pele, segurança medicamentosa e às atividades alusivas ao Dia Mundial da Segurança do Paciente. Os conteúdos abordados contemplaram diferentes aspectos da assistência hospitalar, incluindo a prevenção de eventos adversos, a administração segura de medicamentos, a comunicação entre profissionais e o cumprimento dos protocolos institucionais.

Embora o resultado tenha superado significativamente a meta estabelecida, é importante considerar que a metodologia de cálculo utiliza o número total de participações em relação ao público elegível. Assim, um mesmo colaborador pode participar de diferentes treinamentos, contribuindo para um percentual superior a 100%. Dessa forma, o resultado demonstra o volume de participações nas ações educativas, mas não permite afirmar que todos os profissionais elegíveis tenham sido contemplados individualmente.

A avaliação do período evidencia que o principal desafio permanece relacionado à distribuição das oportunidades de capacitação entre as equipes. Apesar das estratégias já adotadas, como a disponibilização de treinamentos em diferentes dias e turnos, atividades realizadas nos próprios setores, reposições e mobilização das lideranças, a participação dos profissionais ainda ocorre de maneira heterogênea. Essa condição reforça a necessidade de acompanhar não apenas o quantitativo de participações, mas também a abrangência das capacitações entre os diferentes setores e categorias profissionais.

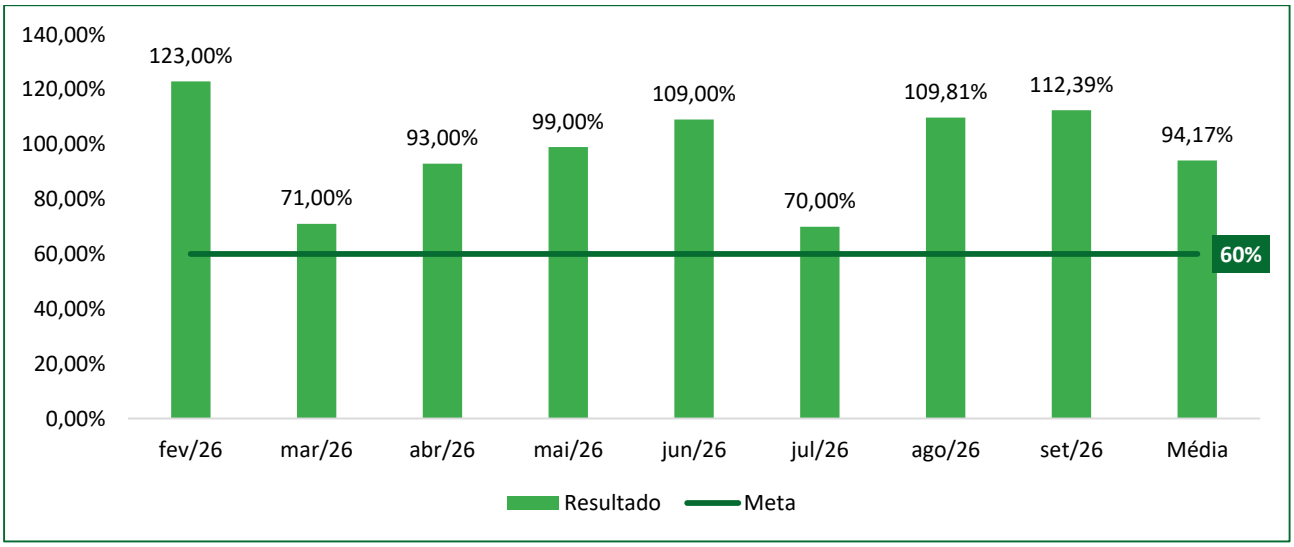
Nesse contexto, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) mantém o registro nominal das participações e o acompanhamento dos indicadores, enquanto as lideranças possuem papel fundamental na identificação dos profissionais que necessitam de capacitação e na organização da participação das equipes. O fortalecimento dessa atuação conjunta representa uma oportunidade de melhoria, especialmente considerando as particularidades das escalas de trabalho e a necessidade de conciliar as atividades educativas com a continuidade da assistência hospitalar.

O planejamento das capacitações permanece relacionado ao Plano Anual de Treinamentos (PAT), ao Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) e às demandas identificadas nos processos assistenciais. A priorização dos conteúdos considera os riscos envolvidos nas atividades, as necessidades de atualização profissional e os protocolos institucionais, buscando assegurar que as ações educativas estejam alinhadas às necessidades da unidade.

Ressalta-se, ainda, que foram realizados 3 treinamentos pela equipe de Enfermagem após o encerramento do período de apuração, os quais não foram incorporados ao resultado de setembro, permanecendo registrados para fins de acompanhamento e comprovação. Essa distinção contribui para a adequada consolidação das informações e para a transparência dos dados apresentados na prestação de contas.

O indicador apresentou, portanto, resultado satisfatório em setembro de 2026, com cumprimento superior à meta contratual. Entretanto, a análise demonstra que a manutenção de resultados quantitativos elevados deve estar acompanhada do aprimoramento da cobertura nominal dos profissionais, da participação das lideranças e da continuidade das estratégias de Educação Permanente. Essas medidas são importantes para ampliar o alcance das capacitações, fortalecer a aplicação dos protocolos institucionais e contribuir para a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes.

Gráfico 54: Índice de Atualização Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%, setembro – 2026.



Fonte: NEP (2026)

No mês de setembro de 2026, foram realizados 19 treinamentos institucionais, sendo 9 relacionados às Metas de Segurança do Paciente, 8 voltados às Práticas e Protocolos Assistenciais e 2 classificados como Outros. Também foram desenvolvidas 5 ações educativas complementares, entre orientações, instruções e eventos institucionais, que não foram consideradas no cálculo do indicador por não se enquadrarem nos critérios estabelecidos para treinamento formal.

Para o indicador de atualização profissional em Práticas e Protocolos Assistenciais, foram registradas **372 participações**, considerando um público elegível de **331 profissionais**, composto por 326 colaboradores da Enfermagem e 5 da Agência Transfusional. O resultado alcançado foi de **112,39%, superando a meta contratual estabelecida de 60%**, demonstrando desempenho quantitativo satisfatório no período.

As capacitações realizadas contemplaram diferentes temas relacionados à assistência hospitalar, sendo registradas 86 participações em Manipulação e Descarte Seguro de Materiais Perfurocortantes, 213 em Identificação e Manejo do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), 4 em Limpeza e Desinfecção dos Cabos e Lâminas do Laringoscópio, 4 em Limpeza e Desinfecção das Barakas, 25 em Coleta, Identificação, Acondicionamento e Armazenamento de Material Anatomopatológico, 14 em Controle e Ajuste do Cuff, 5 em Processo Transfusional e Monitoramento do Paciente e 21 em Acessos Venosos Periféricos e Centrais, Sondas e Cateteres – Fixação e Curativos.

A análise da distribuição das participações demonstra maior concentração nos treinamentos de Identificação e Manejo do IAM e Manipulação e Descarte Seguro de Materiais Perfurocortantes, que, juntos, representaram aproximadamente 80,4% das participações registradas no indicador. A maior adesão a esses conteúdos está relacionada à abrangência dos públicos envolvidos e à realização de diferentes oportunidades de capacitação, incluindo sessões de reposição, especialmente no treinamento de identificação e manejo do IAM.

Apesar do cumprimento da meta, a avaliação do período identificou dificuldades relacionadas à participação de determinados profissionais, mesmo diante da disponibilização de diferentes horários e oportunidades de treinamento. Foram registradas situações de ausência e recusa de participação, demonstrando que a oferta das capacitações, isoladamente, não assegura a adesão integral das equipes.

Outro aspecto importante refere-se à metodologia de apuração do indicador, uma vez que o percentual considera o número total de participações em relação ao público

elegível. Dessa forma, um mesmo profissional pode participar de mais de uma capacitação, contribuindo para um resultado superior a 100%, sem que isso represente necessariamente a cobertura individual de todos os colaboradores. Essa característica reforça a importância do acompanhamento nominal, permitindo identificar os profissionais que ainda necessitam participar dos conteúdos prioritários.

A avaliação das atividades também evidencia a necessidade de aprimorar a classificação das ações educativas, diferenciando treinamentos destinados à atualização profissional de orientações e instruções relacionadas a procedimentos operacionais específicos. Nesse sentido, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) elaborou um instrumento orientador para padronização dessa classificação, que permanece em processo de formalização institucional. A medida busca assegurar maior uniformidade na consolidação dos dados e maior correspondência entre as atividades realizadas e a finalidade do indicador contratual.

Quanto às estratégias de melhoria, destaca-se a importância de fortalecer a participação das lideranças no acompanhamento das equipes, considerando que o NEP realiza o planejamento, a organização e a consolidação dos registros institucionais, enquanto os responsáveis pelos setores possuem maior proximidade com as escalas e as necessidades individuais dos profissionais. A atuação conjunta permite identificar ausências, organizar reposições e viabilizar a replicação dos conteúdos quando necessário, favorecendo maior abrangência das ações educativas.

O planejamento das capacitações permanece orientado pelo Plano Anual de Treinamentos (PAT), pelo Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) e pelas demandas identificadas nos processos assistenciais. A priorização de temas institucionais de maior abrangência, associada à manutenção de treinamentos específicos conforme as necessidades dos setores, representa uma oportunidade de aprimoramento para os próximos períodos.

Ressalta-se, ainda, que 3 treinamentos realizados pela equipe de Enfermagem após o encerramento da competência não foram incorporados ao resultado de setembro, permanecendo registrados para fins de acompanhamento e comprovação documental, respeitando os critérios de apuração do indicador.

Assim, o indicador apresentou **resultado satisfatório em setembro de 2026, com desempenho superior à meta contratual**. Entretanto, a análise evidencia que o aprimoramento do processo deve considerar não apenas o quantitativo de participações,

mas também a cobertura efetiva dos profissionais, a adequação da classificação das atividades e o fortalecimento do acompanhamento pelas lideranças. A continuidade dessas medidas contribui para a qualificação das ações de Educação Permanente, a atualização das equipes e o fortalecimento das práticas assistenciais desenvolvidas na instituição.

5.

METAS QUANTITATIVAS

No que se refere à apuração e ao acompanhamento das metas quantitativas, verifica-se que, no mês avaliado, a unidade obteve desempenho expressivamente satisfatório, atingindo 88,00, pontos de um total de 115,80 pontos previstos nos indicadores pactuados no Contrato de Gestão. Ressalta-se que todos os dados, relatórios e documentos analíticos utilizados para a mensuração, validação e comprovação dos resultados encontram-se devidamente organizados, registrados e arquivados, permanecendo à disposição da Comissão de Avaliação para conferência, auditoria ou solicitação complementar, sempre que necessário.

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

Tabela 2: Indicadores quantitativos, Setembro 2026.

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
1	Manter Equipe Médica Conforme Escala Pré Definida (24h)	≥ 100%	4	4 Pontos / Não atende 0 Pontos	100%	4
2	Manter Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais	≥12h semanais	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo	100%	
3	Coordenador Médico Clínica Cirúrgica	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
4	Coordenador Médico Clínica Médica	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
5	Coordenador Médico Pediatra	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
6	Coordenador Médico Ginecologia E Obstetrícia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
7	Coordenador Médico Anestesiologia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
8	Coordenador Médico Ortopedia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
9	Coordenador Médico UTI	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
10	Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais	≥20h semanais	3	3 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	3
11	Realizar No Mínimo Saídas Hospitalares	439	10	De 90 a 100% da meta = 10 pontos De 80 89% = 8 pontos De 70 a 79% = 5 pontos. Menor que 70% da meta = 0 pontos	477	10
12	Realizar o Valor Mínimo de Cirurgia Eletiva	145	-	As metas serão avaliadas individualmente por procedimento,	116	

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
13	Cirurgia Geral	20	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	13	1
14	Cirurgia Geral Videolaparoscopia	10	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	12	3,00
15	Cirurgia Geral Coloproctologia	10	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	13	2,50
16	Cirurgia Pediátrica	20	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	20	3,0
17	Cirurgia Ginecológica	40	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	43	3,0
18	Cirurgia Ginecológica – Endometriose Videolaparoscopia	4	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	9	2,50
19	Cirurgia Ginecológica Videolaparoscopia	6	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	7	2,50
20	Cirurgia Ortopédica de baixa e média complexidade	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	4	2,50
21	Laqueadura eletiva	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	4	2,50
22	Laqueadura pós parto normal	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	3	1

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
23	Cirurgia Vascular	20	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	12	1,0
24	Realizar no Mínimo de consultas ambulatoriais eletivas	230	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	173	
25	Cardiologia, avaliação pré sedação	200	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	132	1,0
26	Plano Parto	30	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	41	3,0
27	Realizar no mínimo de Cirurgias ambulatoriais eletivas	105	-	As metas serão avaliadas Individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	89	
28	Vasectomia	5	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	3,0
29	Cirurgias Ambulatoriais	50	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	39	1,0
30	Varizes Espuma	50	3,00	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 51 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	45	3,0
31	Realizar exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA	3515	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo	3264	
32	Mamografia	300	3,0	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	342	3,0

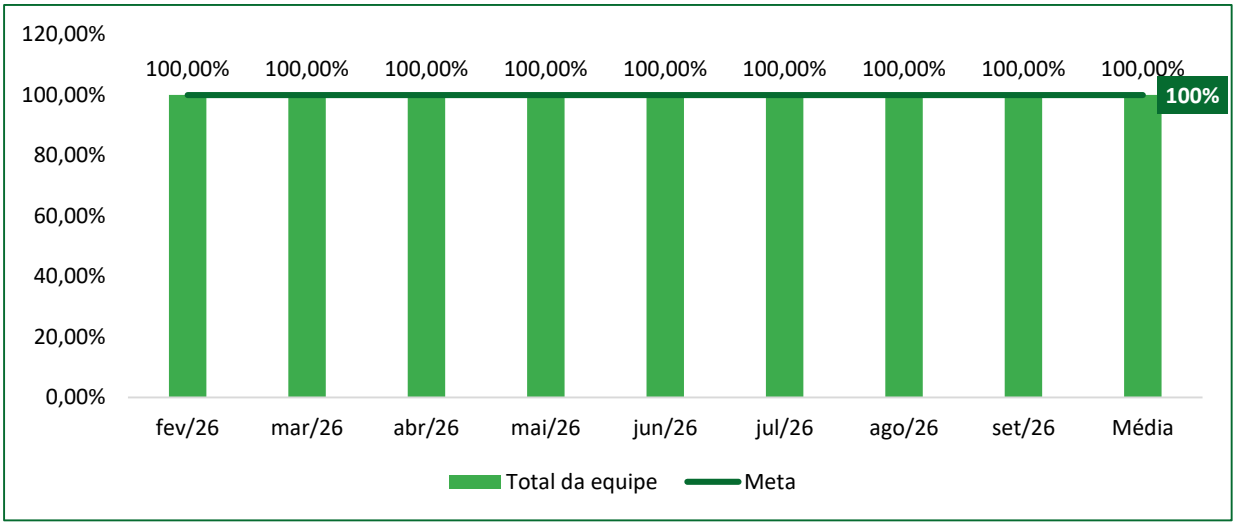
Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
33	Radiodiagnostico	2000	3,0	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	1856	3,0
34	Ultrassonografia	800	3,0	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	657	3,0
35	Ultrassonografia para mapeamento de endometriose	10	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	11	2,50
36	Ecocardiograma Adulto/Infantil	60	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	80	3,0
37	Teste Ergométrico	30	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	24	2,50
38	Eletrocardiograma	100	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	89	3,0
39	Biópsia de Próstata	5	2,50	De 80 a 100% da meta = 2,50 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	2,50
40	Endoscopia	100	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	97	3,0
41	Colonoscopia	100	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	103	3,0
42	Ecocardiograma Fetal	10	3,00	De 80 a 100% da meta = 3,0 pontos De 51 a 79,00% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	0	0

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
		TOTAL	**115,80**		**RESULTADO**	**88,00**

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026)

INDICADORES – EQUIPE MÉDICA

Gráfico 55: Manter Equipe Médica Completa, setembro – 2026.



Fonte: Contas Médicas HMA (2026)

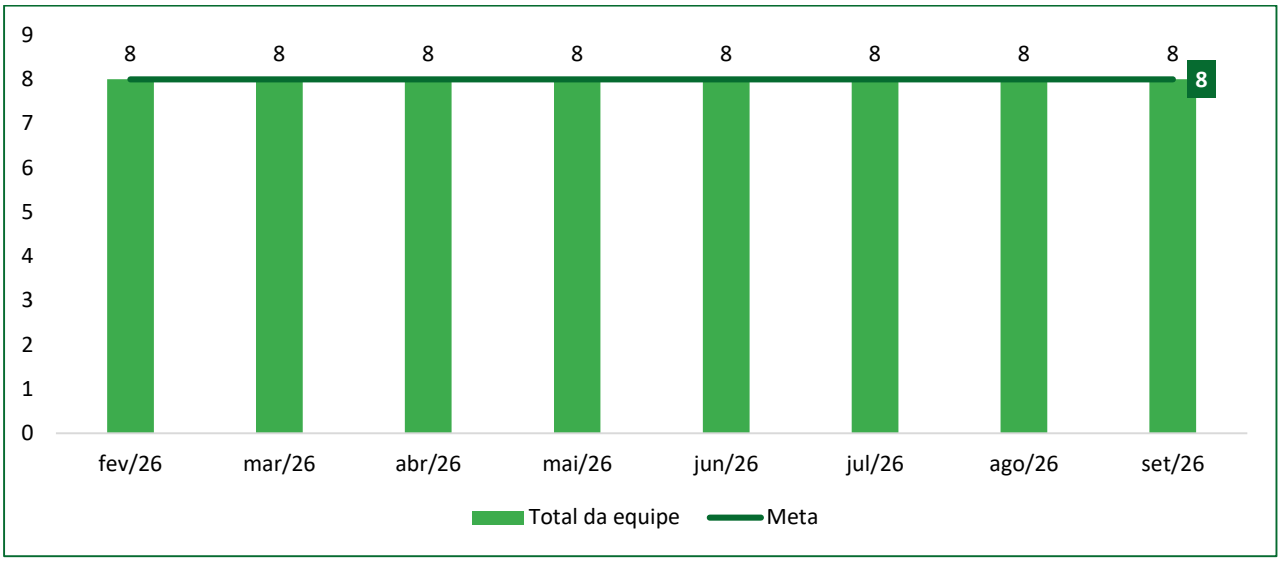
Em setembro de 2026, o indicador de cumprimento da carga horária médica apresentou resultado de 100%, atendendo integralmente à meta contratual estabelecida para o período. O desempenho registrado demonstra a manutenção da cobertura médica necessária ao funcionamento dos serviços e ao atendimento das demandas assistenciais do Hospital Municipal de Araucária.

Ao longo do mês, as escalas médicas foram acompanhadas de forma contínua, com atenção à cobertura das diferentes especialidades e à necessidade de manutenção das equipes previstas. Esse acompanhamento permitiu assegurar a presença dos profissionais conforme a programação estabelecida, sem impacto no cumprimento da carga horária prevista contratualmente.

O monitoramento das escalas permanece como rotina da unidade, em conjunto com a empresa responsável pela prestação dos serviços médicos, possibilitando a identificação de necessidades de substituições, adequações ou ajustes com antecedência e favorecendo a organização da assistência.

O resultado de 100% obtido em setembro demonstra a efetividade desse acompanhamento e a manutenção da regularidade da cobertura médica, contribuindo para a continuidade dos atendimentos e para o cumprimento das obrigações estabelecidas contratualmente.

Gráfico 56: Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais, setembro – 2026.



Fonte: Contas Médicas HMA (2026)

Durante o mês de setembro de 2026, o Hospital Municipal de Araucária (HMA) manteve a composição das coordenações médicas necessária ao acompanhamento e organização das diferentes áreas assistenciais da unidade, em atendimento às disposições do Edital de Chamamento Público nº 001/2025.

A estrutura permaneceu composta por 9 coordenações médicas, quantitativo superior ao mínimo de 8 coordenações estabelecido contratualmente, contemplando também a Coordenação do Pronto Atendimento Infantil, conforme previsto no item 2.5 das Diretrizes Gerais do referido edital.

No período, todas as coordenações permaneceram devidamente preenchidas e os profissionais responsáveis cumpriram a carga horária mínima de 12 horas semanais prevista contratualmente. Dessa forma, o indicador alcançou **100% de cumprimento da**

meta em setembro, evidenciando a manutenção da regularidade da estrutura de coordenação médica da unidade.

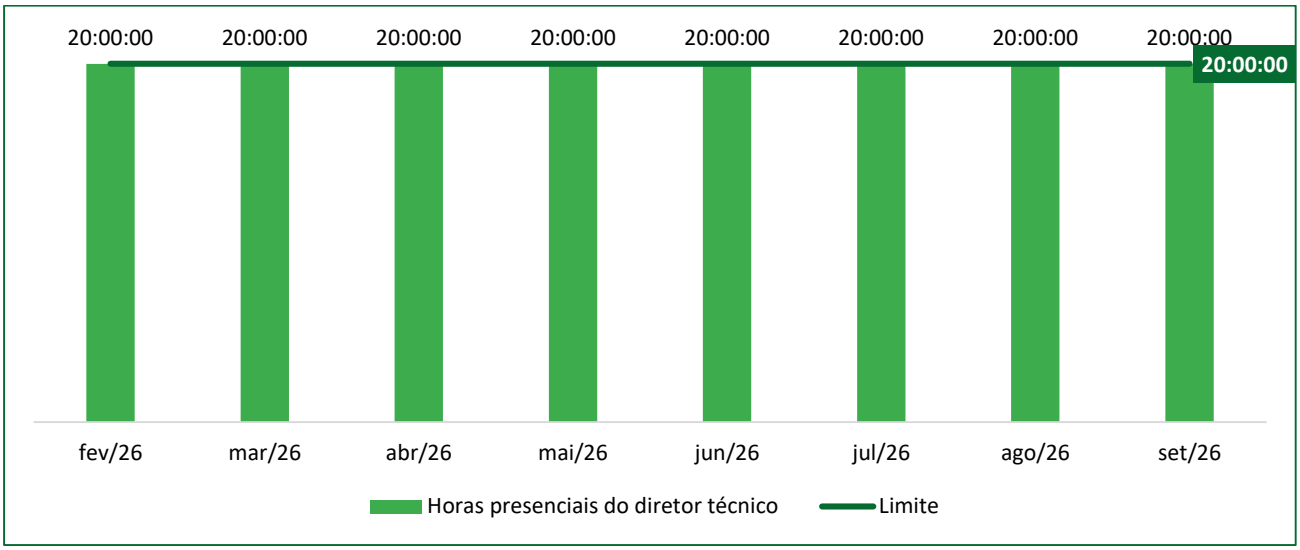
As coordenações médicas no período foram exercidas pelos seguintes profissionais:

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

O resultado registrado em setembro demonstra que a unidade manteve a organização das coordenações médicas e a disponibilidade dos profissionais responsáveis pelas respectivas áreas, assegurando o atendimento aos requisitos de composição e carga horária estabelecidos contratualmente.

A permanência dessa estrutura favorece o acompanhamento das equipes médicas, a organização dos processos assistenciais e a continuidade dos serviços prestados no HMA.

Gráfico 57 - Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais, setembro – 2026.



Fonte: Contas Médicas HMA (2026)

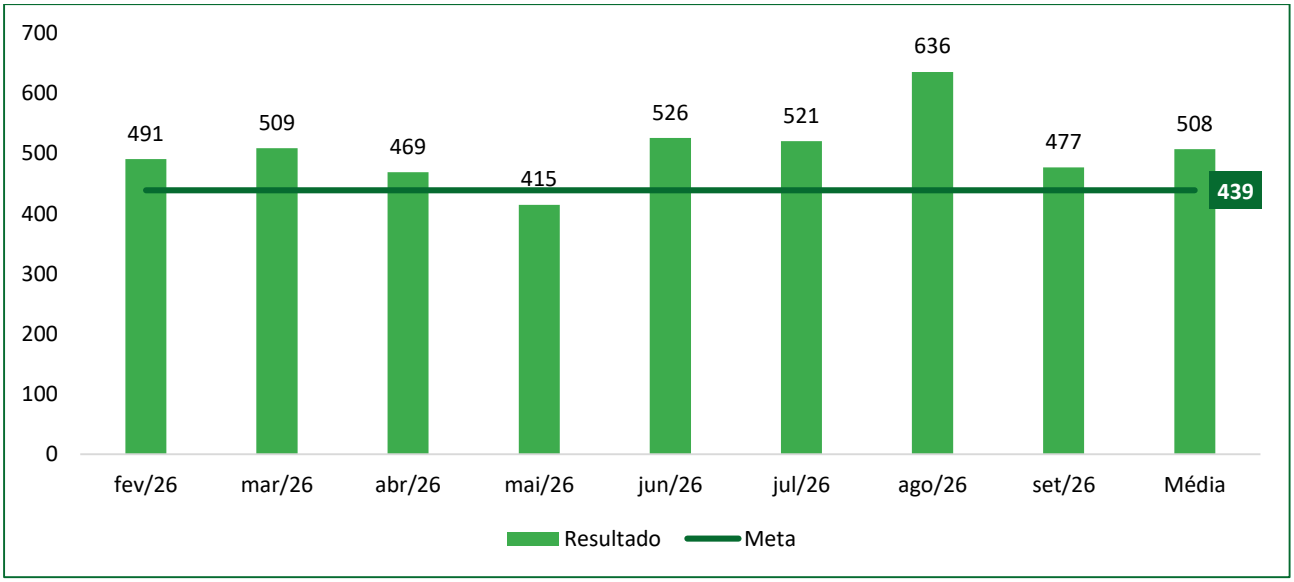
No mês de setembro de 2026, a Direção Técnica do Hospital Municipal de Araucária passou por um processo de transição, com a substituição do Dr. Isaac Ponce Brambilla pelo Dr. Fábio Ricardo dos Santos, CRM/PR 15.070, profissional com ampla experiência e longa trajetória na atuação como Diretor Médico e na gestão técnico-assistencial de serviços de saúde.

Durante o período de transição, foi assegurada a continuidade das atividades inerentes à Direção Técnica, com cumprimento da carga horária mínima semanal de 20 (vinte) horas, conforme estabelecido contratualmente. As atividades desenvolvidas compreenderam a supervisão dos serviços assistenciais, o acompanhamento dos fluxos e processos internos, a organização das rotinas institucionais, o gerenciamento das escalas médicas e o atendimento às exigências técnicas e normativas aplicáveis.

A transição ocorreu com foco na continuidade da gestão técnico-assistencial, preservando o acompanhamento das atividades médicas e a regularidade dos processos institucionais. A experiência profissional do novo Diretor Técnico contribui para o fortalecimento da gestão médica, a manutenção dos padrões de qualidade e segurança assistencial e o aprimoramento contínuo dos serviços prestados à população.

INDICADOR – INTERNAMENTO/SAÍDAS HOSPITALARES

Gráfico 58 – Internamentos/Saídas Hospitalares, setembro – 2026.



Fonte: Faturamento HMA (2026)

Durante o período analisado, foram registradas 316 (trezentas e dezesseis) saídas hospitalares decorrentes de atendimentos clínicos de urgência/emergência, considerando óbitos, altas por melhora, transferências externas, altas a pedido e/ou evasões. Somaram-se a esse quantitativo 161 (cento e sessenta e uma) saídas de pacientes cirúrgicos de urgência/emergência, resultando em 477 (quatrocentas e setenta e sete) saídas relacionadas à urgência/emergência no mês de setembro de 2026, resultado superior à meta estabelecida contratualmente.

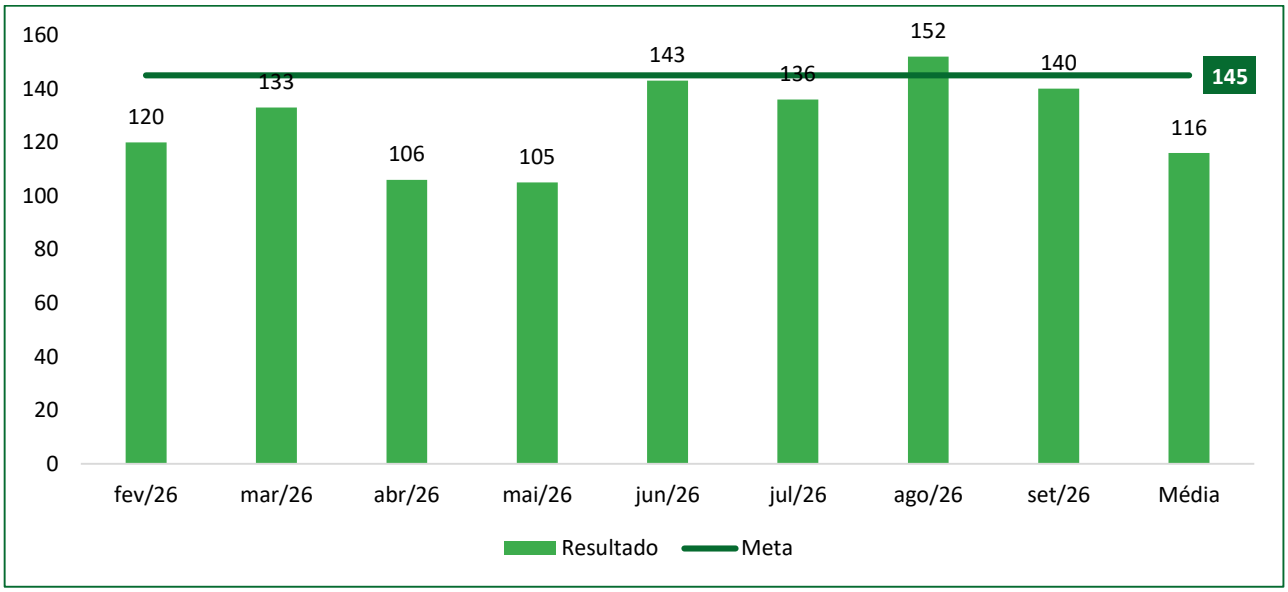
Considerando o movimento hospitalar total do período, foram contabilizadas 581 (quinhentas e oitenta e uma) saídas hospitalares, sendo 477 (quatrocentas e setenta e sete) provenientes de atendimentos de urgência/emergência e 104 (cento e quatro) relacionadas a pacientes eletivos.

O resultado obtido em setembro demonstra o cumprimento da meta prevista para o indicador, com manutenção do volume de atendimentos e da capacidade de resposta da

unidade às demandas de urgência e emergência, além da continuidade dos atendimentos eletivos realizados pelo Hospital Municipal de Araucária.

INDICADOR – CIRURGIAS ELETIVAS HOSPITALARES

Gráfico 59 - Cirurgias Eletivas, setembro – 2026.



Fonte: SADT HMA (2026)

Com base nos resultados apurados no mês de setembro de 2026, verifica-se que a produção cirúrgica apresentou desempenho satisfatório em parte significativa das especialidades avaliadas, com alcance ou superação das metas estabelecidas contratualmente em diversos procedimentos.

As variações observadas entre a produção prevista e a efetivamente realizada estão relacionadas às características específicas de cada especialidade, ao perfil da demanda encaminhada à unidade, à disponibilidade de pacientes em condições clínicas para realização dos procedimentos e ao cumprimento das etapas necessárias ao preparo pré-operatório.

1. Cirurgia Geral

Meta: 20 | Realizadas: 13 | Cumprimento: 65%

No período avaliado, foram realizados 13 procedimentos, correspondendo a 65% da meta estabelecida. O resultado foi influenciado, principalmente, pelo quantitativo de pacientes disponíveis para programação na especialidade durante o mês. Ressalta-se que a produção inferior à meta não esteve relacionada à indisponibilidade de agenda cirúrgica. A unidade mantém o acompanhamento da demanda e da programação, visando ao adequado aproveitamento da capacidade assistencial disponibilizada.

2. Cirurgia Geral por Videolaparoscopia

Meta: 10 | Realizadas: 12 | Cumprimento: 120%

Foram realizados 12 procedimentos, correspondendo a 120% da meta contratual. O resultado evidencia a disponibilidade de pacientes aptos para programação e a adequada utilização da capacidade cirúrgica destinada à especialidade, possibilitando produção superior ao quantitativo previsto para o período.

3. Cirurgia Geral – Coloproctologia

Meta: 10 | Realizadas: 13 | Cumprimento: 130%

A produção alcançou 130% da meta estabelecida, com realização de 13 procedimentos no período. O resultado demonstra compatibilidade entre a demanda disponível e a capacidade operacional da especialidade, permitindo o atendimento de quantitativo superior ao previsto contratualmente.

4. Cirurgia Pediátrica

Meta: 20 | Realizadas: 20 | Cumprimento: 100%

A meta contratual foi integralmente atingida, com realização dos 20 procedimentos previstos para o período. O resultado demonstra regularidade da produção da especialidade e compatibilidade entre a demanda apresentada e a capacidade assistencial disponibilizada.

5. Cirurgia Ginecológica

Meta: 40 | Realizadas: 43 | Cumprimento: 107,5%

Foram realizados 43 procedimentos, correspondendo a 107,5% da meta estabelecida. A produção registrada demonstra atendimento da demanda disponível e utilização da capacidade cirúrgica da especialidade, resultando em quantitativo superior ao previsto para o período.

6. Cirurgia Ginecológica por Videolaparoscopia

Meta: 6 | Realizadas: 9 | Cumprimento: 150%

O indicador atingiu 150% da meta, com realização de 9 procedimentos frente aos 6 previstos contratualmente. O resultado decorre da disponibilidade de pacientes em condições de realização dos procedimentos e da possibilidade de inclusão dos casos na programação cirúrgica do período.

7. Cirurgia Ginecológica por Videolaparoscopia – Endometriose

Meta: 4 | Realizadas: 7 | Cumprimento: 175%

Foram realizados 7 procedimentos no período, representando 175% da meta contratual. A produção superior ao previsto está relacionada à existência de demanda apta e à disponibilidade operacional para atendimento dos casos programados, permitindo absorção de quantitativo superior à meta estabelecida.

8. Cirurgia Ortopédica de Baixa e Média Complexidade

Meta: 5 | Realizadas: 4 | Cumprimento: 80%

Foram realizados 4 procedimentos, correspondendo a 80% da meta quantitativa estabelecida. Embora o quantitativo absoluto tenha permanecido inferior aos 5 procedimentos previstos, o percentual alcançado encontra-se dentro da faixa estabelecida contratualmente para atribuição integral da pontuação do indicador. A unidade mantém o acompanhamento da demanda e da programação cirúrgica, com vistas ao alcance integral da produção prevista.

9. Laqueadura Eletiva

Meta: 5 | Realizadas: 4 | Cumprimento: 80%

No período, foram realizadas 4 laqueaduras eletivas, correspondendo a 80% da meta estabelecida. O percentual alcançado enquadra-se na faixa contratualmente prevista para atribuição integral da pontuação do indicador. Permanece o acompanhamento das pacientes elegíveis e em condições de realização do procedimento, visando ao alcance integral do quantitativo previsto nas competências subsequentes.

10. Laqueadura Pós-Parto Normal

Meta: 5 | Realizadas: 3 | Cumprimento: 60%

Foram realizados 3 procedimentos, correspondendo a 60% da meta estabelecida. A produção deste procedimento está diretamente condicionada à ocorrência de partos no período e à existência de pacientes que atendam aos critérios de elegibilidade e às condições necessárias para realização da laqueadura no contexto pós-parto. Dessa forma, o resultado apresenta relação direta com o perfil e o quantitativo da demanda elegível identificada durante a competência.

11. Cirurgia Vascular

Meta: 20 | Realizadas: 12 | Cumprimento: 60%

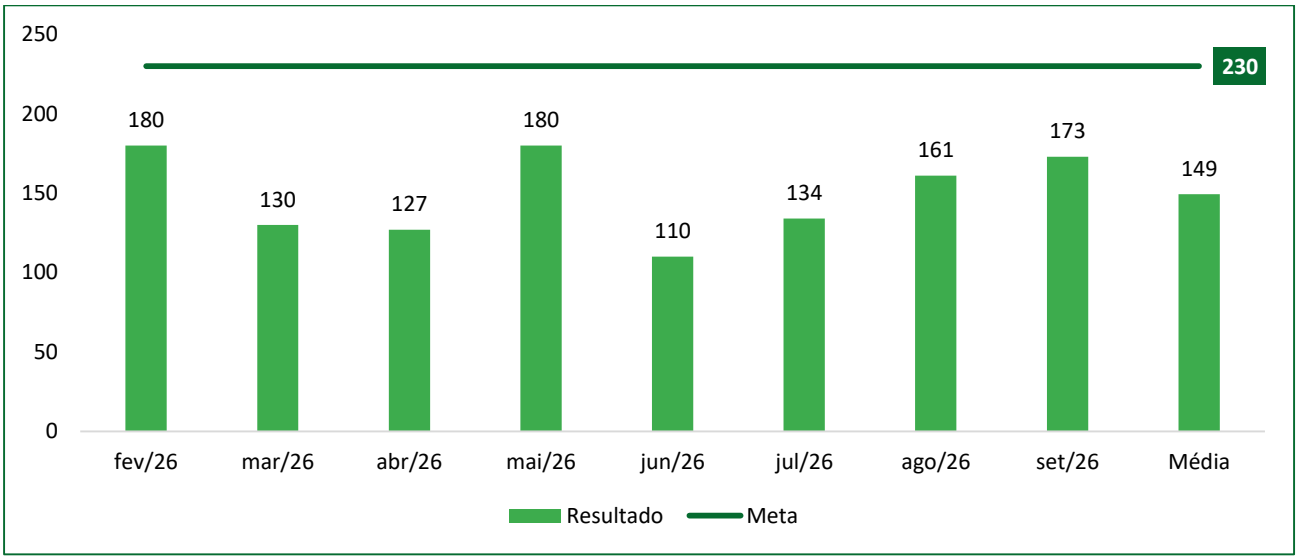
No mês de setembro, foram realizados 12 procedimentos, correspondendo a 60% da meta contratual. O resultado foi influenciado pelo quantitativo de pacientes que, durante o período, ainda se encontravam em processo de preparo pré-operatório, especialmente aguardando a realização de exames laboratoriais e avaliação pré-anestésica. Essas condições impossibilitaram a inclusão de parte dos pacientes na programação cirúrgica dentro da competência analisada. A unidade mantém o acompanhamento dos pacientes pendentes, visando à conclusão das etapas pré-operatórias e à posterior inclusão na programação cirúrgica.

De forma geral, os resultados demonstram manutenção da capacidade operacional das especialidades cirúrgicas, com cumprimento ou superação das metas em parcela relevante dos procedimentos avaliados. Para os indicadores com produção inferior ao quantitativo previsto, permanece o acompanhamento da demanda, das condições de elegibilidade dos pacientes e das etapas de preparo pré-operatório, com o objetivo de

identificar oportunamente fatores que possam interferir na programação e favorecer maior aproximação das metas estabelecidas nas competências subsequentes.

INDICADOR – CONSULTAS E CIRURGIAS AMBULATORIAIS ELETIVAS

Gráfico 60 - Consultas ambulatoriais eletivas, setembro – 2026.



Fonte: SADT HMA (2026)

Em setembro de 2026, foram agendadas 220 consultas de Cardiologia Pré-Sedação, das quais 132 foram realizadas, correspondendo a 66% da meta contratual. O resultado apresentou melhora em relação a agosto, quando foram realizados 124 atendimentos, equivalentes a 62% da meta.

Apesar do aumento da produção, o absenteísmo apresentou elevação, passando de 10,50% em agosto para 15,63% em setembro, com 35 ausências registradas. Além disso, 57 pacientes permaneceram pendentes de reagendamento para a competência seguinte. O período também contemplou quatro pacientes provenientes de agendamentos anteriores, sendo dois atendidos e dois faltosos.

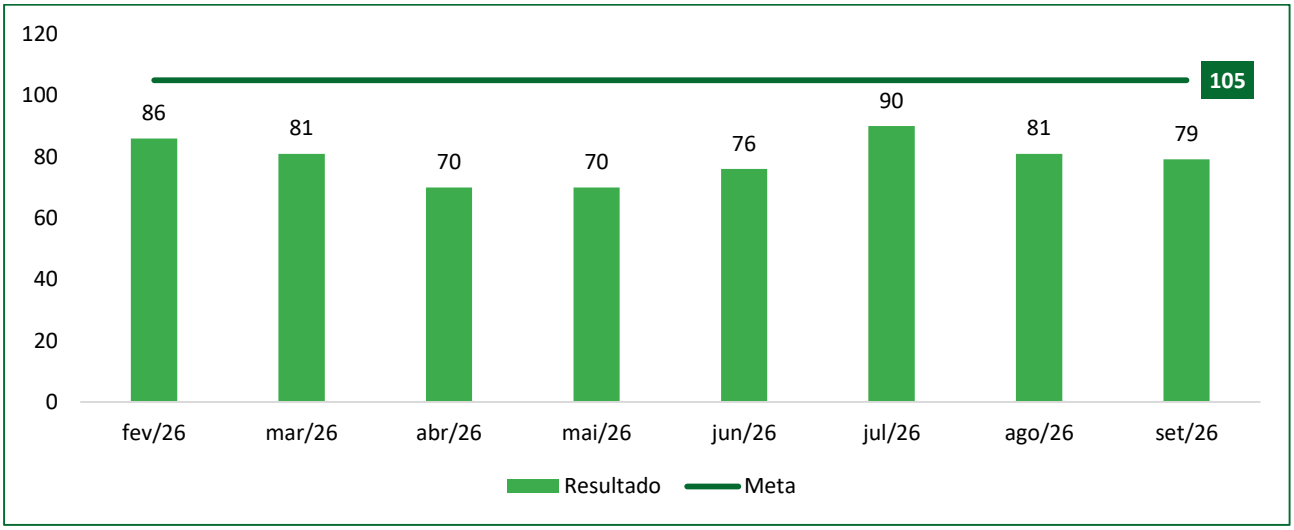
Embora tenha ocorrido evolução no cumprimento da meta, o indicador permaneceu abaixo do percentual contratualmente estabelecido. Como medida para ampliar a

capacidade assistencial e reduzir a demanda acumulada, foi incorporado mais um profissional cardiologista à equipe em outubro. Permanecem também as ações de acompanhamento das agendas, confirmação prévia das consultas e alinhamento com a Central de Regulação Ambulatorial (CRA), visando melhorar o aproveitamento das vagas e regularizar os atendimentos pendentes.

Em relação às consultas de Plano de Parto, foram realizados 41 atendimentos em setembro, frente aos 37 registrados em agosto, elevando o cumprimento da meta contratual de 123,33% para 136,67%. Quanto ao absenteísmo, foram registradas 27 ausências entre as 68 consultas agendadas, correspondendo a 39,71%, percentual inferior aos 43,08% observados no mês anterior. Apesar da redução, o índice permanece elevado, sendo mantidas as ações de confirmação prévia e monitoramento das agendas para melhorar a utilização das vagas disponibilizadas.

Considerando os dois serviços, foram realizados **173 atendimentos em setembro de 2026**, sendo 132 consultas de Cardiologia Pré-Sedação e 41 consultas de Plano de Parto, representando um aumento de 7,45% em relação aos 161 atendimentos de agosto. Embora a produção tenha apresentado evolução, permanece a necessidade de reduzir o absenteísmo e ampliar o aproveitamento das vagas, especialmente na Cardiologia Pré-Sedação, cujo resultado ainda se encontra abaixo da meta contratual.

Gráfico 61 - Cirurgias ambulatoriais eletivas, setembro – 2026.



Fonte: SADT HMA (2026)

Vasectomia

Meta: 5 | **Realizadas:** 5 | **Cumprimento:** 100%

No período avaliado, foram realizados 5 procedimentos de vasectomia, correspondendo a 100% da meta estabelecida. O resultado demonstra o cumprimento integral da produção prevista para a competência. Embora tenha sido registrado absenteísmo de um paciente na data programada para o procedimento, o quantitativo total realizado foi suficiente para o alcance da meta contratual.

Cirurgias Ambulatoriais

Meta: 50 | **Agendadas:** 43 | **Realizadas:** 39 | **Faltas:** 4 | **Cumprimento:** 78%

No mês de setembro, foram realizadas 39 cirurgias ambulatoriais, correspondendo a 78% da meta contratual. A produção do período foi influenciada pelo quantitativo de pacientes encaminhados para programação, tendo sido registrados 43 agendamentos frente à meta de 50 procedimentos. Adicionalmente, ocorreram 4 ausências entre os pacientes agendados, com impacto direto sobre o resultado final.

Ressalta-se que a capacidade assistencial prevista para o procedimento permaneceu disponível no período, sendo o resultado relacionado ao quantitativo de pacientes encaminhados para agendamento e ao absenteísmo registrado. Permanece o acompanhamento da demanda e das agendas, em articulação com a regulação, visando ao maior aproveitamento das vagas disponibilizadas e à aproximação da meta contratual nas próximas competências.

Tratamento de Varizes por Espuma

Meta: 50 | **Realizadas:** 45 | **Cumprimento:** 90%

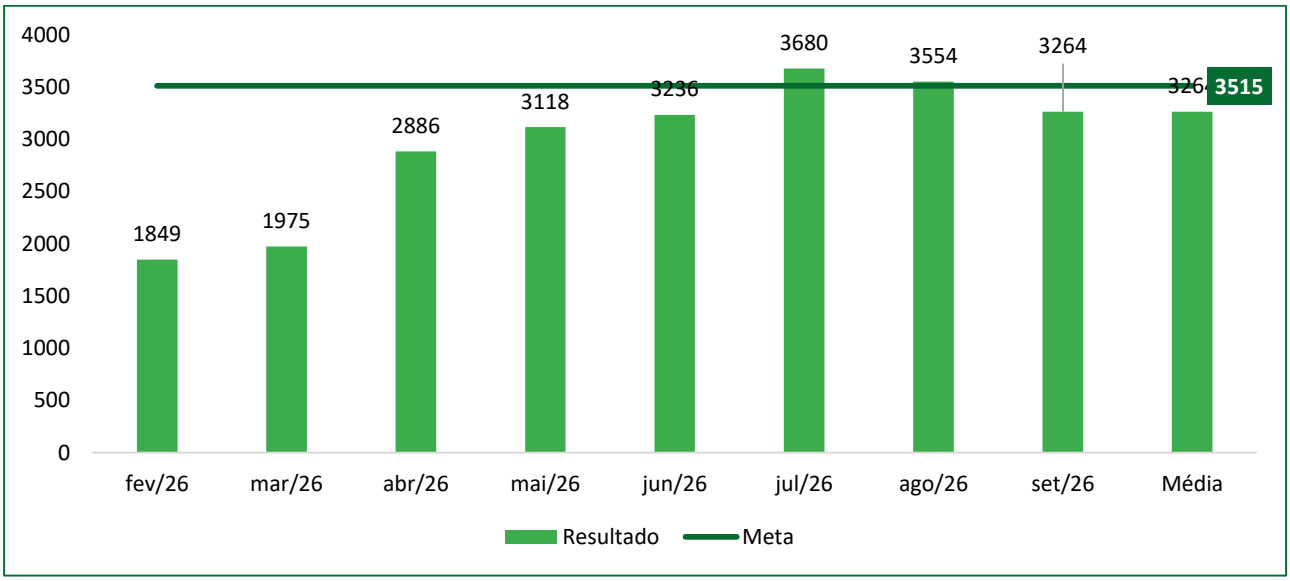
Foram realizados 45 procedimentos de tratamento de varizes por espuma, correspondendo a 90% da meta estabelecida. O resultado encontra-se dentro da faixa prevista contratualmente para cumprimento do indicador, embora o quantitativo absoluto tenha permanecido 5 procedimentos abaixo da meta mensal.

A diferença observada esteve relacionada ao absenteísmo de pacientes previamente programados, apesar da disponibilização das vagas para atendimento. Mantém-se o

acompanhamento dos agendamentos e das ausências registradas, buscando ampliar o aproveitamento da capacidade disponibilizada e alcançar integralmente o quantitativo previsto nas competências subsequentes.

INDICADOR – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – EXAMES ELETIVOS

Gráfico 62 – SADT, setembro – 2026.



Fonte: SADT HMA (2026)

No período de 01 a 30 de setembro de 2026, foram realizados 3.264 exames de SADT, correspondendo a 92,86% da meta estabelecida no Contrato de Gestão.

Durante a competência, foram disponibilizadas 4.307 vagas, quantitativo equivalente a 122,53% da meta contratual, demonstrando oferta superior ao volume de procedimentos pactuado. Do total disponibilizado, foram registrados 4.261 agendamentos e 46 vagas não utilizadas pela regulação.

Quanto à produção, foram efetivamente realizados 3.248 exames referentes à competência de setembro, acrescidos de 16 exames provenientes de competências

anteriores, totalizando 3.264 procedimentos realizados no período. O resultado corresponde a 92,86% da meta pactuada.

No mesmo período, foram registradas 991 ausências, resultando em índice de absenteísmo de 23,26%. O quantitativo de faltas apresentou impacto direto sobre a produção efetivamente realizada, considerando que a oferta de vagas no período foi superior à meta estabelecida contratualmente.

Conforme disposto no Contrato de Gestão, nos casos de insuficiência de demanda por parte do Município, a base de cálculo da meta deverá considerar o quantitativo de procedimentos efetivamente agendados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA. Para essa finalidade, caracteriza-se como insuficiência de demanda a não utilização integral, pela Central de Regulação, das vagas previamente disponibilizadas pela CONTRATADA.

Os dados do período demonstram que houve disponibilidade assistencial suficiente para atendimento da meta contratual, com oferta correspondente a 122,53% do quantitativo previsto. Entretanto, o absenteísmo registrado constituiu fator relevante para o resultado final da produção. Permanece, portanto, o acompanhamento da ocupação das agendas, das ausências e da utilização das vagas disponibilizadas, visando ao melhor aproveitamento da capacidade ofertada.

Na sequência, apresenta-se o detalhamento da produção por tipo de exame, contemplando o quantitativo de vagas ofertadas e agendadas, perdas primárias, agendamentos provenientes de competências anteriores, exames realizados na competência, faltas, percentual de absenteísmo, cancelamentos e percentual de realização.

Mamografia

No mês de setembro, foram disponibilizadas 440 vagas para realização de mamografias, correspondendo a 146,67% da meta contratual. Todas as vagas disponibilizadas foram agendadas, sendo efetivamente realizados 342 exames, sem registros provenientes de competências anteriores. A produção correspondeu a 114,00% da meta pactuada.

Foram registradas 98 ausências, resultando em índice de absenteísmo de 22,27%. Apesar do percentual de faltas observado, a produção superou a meta estabelecida, demonstrando que a oferta disponibilizada foi suficiente para assegurar o cumprimento do indicador.

Radiodiagnóstico

Foram disponibilizadas 2.400 vagas para exames de radiodiagnóstico, equivalentes a 120,00% da meta contratual, das quais 2.398 foram agendadas. Na competência, foram realizados 1.855 exames, acrescidos de 1 procedimento proveniente de competência anterior, totalizando 1.856 exames e atingindo 92,80% da meta pactuada.

Foram registradas 534 faltas, correspondendo a índice de absenteísmo de 22,27%. Embora a produção tenha permanecido abaixo do quantitativo absoluto da meta, a oferta de vagas foi superior ao previsto contratualmente, sendo o absenteísmo um dos fatores de impacto sobre o quantitativo efetivamente realizado.

Ultrassonografia

No período, foram disponibilizadas 922 vagas para ultrassonografia, correspondendo a 115,25% da meta contratual, com 879 exames agendados.

Foram realizados 644 exames referentes à competência, acrescidos de 13 procedimentos provenientes de competências anteriores, totalizando 657 exames. Dessa forma, a produção correspondeu a 82,13% da meta estabelecida.

Foram registradas 235 faltas, resultando em índice de absenteísmo de 26,73%. Considerando que a oferta de vagas superou a meta contratual, o absenteísmo apresentou impacto relevante sobre a produção final. O resultado, contudo, permaneceu dentro da faixa contratualmente estabelecida para cumprimento do indicador.

Ultrassonografia para Mapeamento de Endometriose

Foram disponibilizadas e agendadas 12 vagas para realização de ultrassonografia para mapeamento de endometriose, correspondendo a 120,00% da meta contratual.

Foram efetivamente realizados 11 exames, sem registros provenientes de competências anteriores, resultando em cumprimento de 110,00% da meta pactuada. Foi registrada 1 ausência, correspondente a índice de absenteísmo de 8,33%.

A produção superou o quantitativo previsto contratualmente, mantendo resultado satisfatório no período.

Ecocardiograma Adulto e Infantil

Em setembro de 2026, foram disponibilizadas 104 vagas para realização de Ecocardiograma Adulto e Infantil, sendo registrada a utilização integral da oferta disponibilizada para agendamento. No período, foram realizados 80 exames, com registro de 25 ausências, correspondendo a uma taxa de absenteísmo de 23,81%.

Apesar das ausências registradas, a produção permaneceu significativamente superior à meta contratual, demonstrando que a capacidade disponibilizada foi suficiente para atendimento do quantitativo pactuado.

Teste Ergométrico

Foram disponibilizadas e agendadas 36 vagas para realização de teste ergométrico, correspondendo a 120,00% da meta contratual.

Foram realizados 24 exames, sem registros provenientes de competências anteriores, atingindo 80,00% da meta pactuada. Foram registradas 12 ausências, resultando em índice de absenteísmo de 33,33%.

Embora o quantitativo realizado tenha permanecido abaixo da meta absoluta de 30 exames, o percentual alcançado encontra-se dentro da faixa prevista contratualmente para cumprimento do indicador. Observa-se, entretanto, que o absenteísmo apresentou impacto relevante sobre a produção, considerando que houve disponibilização de vagas em quantitativo superior à meta.

Eletrocardiograma

Em setembro de 2026, foram disponibilizadas 135 vagas para realização de eletrocardiogramas à Central de Regulação, quantitativo 35% superior à meta contratual de

100 procedimentos mensais. Entretanto, foram realizados 89 exames, correspondentes a 89% da meta estabelecida.

Embora a unidade tenha disponibilizado capacidade de atendimento superior ao quantitativo pactuado, a produção efetiva permaneceu abaixo da meta, com déficit de 11 exames. O resultado demonstra que a oferta de vagas foi suficiente para atender à produção contratada, porém não houve aproveitamento integral da capacidade disponibilizada.

Nesse contexto, destaca-se a importância do acompanhamento dos agendamentos, das ausências e da utilização das vagas pela Central de Regulação, visando identificar os fatores que contribuíram para o resultado apresentado no período.

Biópsia de Próstata

Foram disponibilizadas e agendadas 6 vagas para realização de biópsia de próstata, correspondendo a 120,00% da meta contratual.

Foram realizados 5 exames, sem registros provenientes de competências anteriores, atingindo 100,00% da meta pactuada. Foi registrada 1 ausência, correspondente a índice de absenteísmo de 16,67%.

O resultado demonstra o cumprimento integral da meta contratual, mesmo diante da ocorrência pontual de absenteísmo no período.

Endoscopia

Foram disponibilizadas e agendadas 120 vagas para realização de endoscopias, correspondendo a 120,00% da meta contratual.

Na competência, foram realizados 95 exames, acrescidos de 2 procedimentos provenientes de competências anteriores, totalizando 97 exames e correspondendo a 97,00% da meta pactuada.

Foram registradas 25 ausências, com índice de absenteísmo informado de 20,83%. Apesar das faltas registradas, a produção permaneceu próxima ao quantitativo integral previsto e dentro da faixa de cumprimento estabelecida contratualmente.

Colonoscopia / Retossigmoidoscopia

Foram disponibilizadas e agendadas 120 vagas para realização de colonoscopia/retossigmoidoscopia, correspondendo a 120,00% da meta contratual.

Foram efetivamente realizados 103 exames, sem registros provenientes de competências anteriores, atingindo 103,00% da meta pactuada. Foram registradas 17 faltas, correspondendo a índice de absenteísmo de 14,17%.

A produção superou a meta contratual, demonstrando manutenção da capacidade de atendimento mesmo diante das ausências registradas no período.

Ecocardiograma Fetal

Foram disponibilizadas e agendadas 12 vagas para realização de ecocardiograma fetal, correspondendo a 120,00% da meta contratual. Os atendimentos inicialmente previstos para a competência de setembro foram remanejados para o dia 03 de outubro de 2026, com reagendamento prévio das pacientes para a nova data.

Na data reprogramada, foram realizados 11 dos 12 exames previstos. Considerando que os procedimentos foram efetivamente executados em outubro, a produção não foi contabilizada como realizada na competência de setembro, justificando o resultado zerado apresentado no indicador do período. Os atendimentos, contudo, foram reprogramados e executados na competência subsequente, com atendimento de 11 pacientes.

6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

Araucária – PR, 15 de outubro de 2026.

gov.br Documento assinado digitalmente
NOEMI GARCIA MORAES FERLA
Data: 15/10/2026 19:12:44-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Diretoria Geral
Hospital Municipal de Araucária – HMA

gov.br Documento assinado digitalmente
FABIO RICARDO DOS SANTOS
Data: 15/10/2026 18:01:36-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Diretoria Técnica
Hospital Municipal de Araucária – HMA

gov.br Documento assinado digitalmente
ANA LIZ MINTE DA SILVA
Data: 15/10/2026 16:18:19-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Gerência Assistencial
Hospital Municipal de Araucária – HMA