



GESTÃO EM SAÚDE

Mais de
70 anos
de assistência

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA
CONTRATO DE GESTÃO Nº 023/2026



GESTÃO EM SAÚDE

Mais de
70 anos
de assistência

**RELATÓRIO 1º QUADRIMESTRE COM CUMPRIMENTO
DE METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS**

FEVEREIRO A ABRIL/2026

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
OBJETIVO.....	6
CONTEXTUALIZAÇÃO.....	7
METAS QUALITATIVAS	9
METAS QUANTITATIVAS	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70

1.

INTRODUÇÃO

A S3 Gestão em Saúde, na condição de gestora do Hospital Municipal de Araucária (HMA), por meio do Contrato de Gestão nº 023/2026, com vigência de 12 (doze) meses, iniciada em 1º de fevereiro de 2026, atua na implementação das melhores práticas de gestão hospitalar, visando ao cumprimento das metas pactuadas e ao aprimoramento contínuo dos serviços prestados à população.

A atuação da gestora está fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na garantia do acesso universal, integral e equânime às ações e aos serviços de saúde. Nesse contexto, busca-se assegurar uma assistência resolutiva, humanizada e segura, com ênfase na qualidade do atendimento, na eficiência dos processos, na otimização dos recursos disponíveis e na segurança do paciente.

O município de Araucária, localizado na Região Metropolitana de Curitiba, no estado do Paraná, possui relevante importância econômica e industrial no cenário estadual, especialmente em razão da presença do polo petroquímico e da refinaria da Petrobras. Com área territorial aproximada de 469,2 km² e população estimada em 162.247 habitantes em 2025, o município desempenha papel estratégico na dinâmica regional, apresentando demandas crescentes e diversificadas na área da saúde.

O Hospital Municipal de Araucária constitui a principal unidade hospitalar pública do município, desempenhando papel estratégico na organização da Rede de Atenção à Saúde local e atuando como referência para atendimentos de média complexidade no âmbito do SUS. Com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, o hospital está localizado no bairro Sabiá e atende usuários encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bem como por municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

Nesse cenário, o presente documento corresponde ao 5º Relatório de Prestação de Contas do Contrato de Gestão nº 023/2026 e apresenta os resultados alcançados no

período de fevereiro a abril de 2026. O relatório contempla a avaliação do desempenho institucional e assistencial da equipe, o acompanhamento da execução das metas contratuais quantitativas e qualitativas, a análise dos fatores epidemiológicos, sociais e operacionais que possam ter influenciado os resultados, além do registro de fatos relevantes ocorridos no período.

A prestação de contas tem como propósito demonstrar a execução das ações previstas no contrato, promovendo transparência, controle, monitoramento e avaliação da gestão hospitalar. Busca-se, ainda, evidenciar as medidas adotadas para o aprimoramento dos processos de trabalho, a qualificação da assistência e o fortalecimento da capacidade de resposta do Hospital Municipal de Araucária às necessidades de saúde da população.

2.

OBJETIVO

Apresentar as atividades administrativas e operacionais executadas pela gestão no período de **Fevereiro a Abril 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 primeiro quadrimestre 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

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 primeiro quadrimestre 2026. Na sequência, são exibidos a tabela de desempenho por indicador, acompanhados das análises e discussões correspondentes.

Tabela 1: Indicadores Qualitativos.

Metas Qualitativas - Taxa de Ocupação	Meta	Fevereiro	Março	Abril
A1 - Taxa de ocupação da Clínica Pediátrica	≥ 80%	44,64%	57,40%	67,30%
A2 - Taxa de ocupação da Clínica Cirúrgica	≥ 80%	81,04%	80,60%	87,70%
A3 - Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	70,73%	70,30%	82,37%
A4 - Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	71,22%	80,80%	78,70%
A5 - Taxa de ocupação UCIN	≥ 80%	86,90%	54,90%	26,67%
A6 - Taxa de ocupação da Clínica Médica	≥ 80%	69,48%	70,80%	97,60%
A7 - Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	80,95%	88,00%	90,37%
A8 - Taxa de ocupação UTI Pediátrica	≥ 85%	53,57%	44,10%	71,11%
A9 - Taxa de ocupação Neonatal	≥ 85%	82,14%	73,50%	70,67%
B10 - Média de permanência da Clínica Pediátrica	≤ 4 dias	1,76	2,20	1,79
B11 - Média de permanência da Clínica Cirúrgica	≤ 4 dias	1,89	1,80	1,73
B12 - Média de permanência Ginecologia/Obstetrícia	≤ 4 dias	2,09	2,01	2,19
B13 - Média de permanência UCIN	≤ 4 dias	12,17	6,30	12,00



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

B14 - Média de permanência Clínica médica	≤ 4 dias	2,83	3,30	3,16
B15 - Média de permanência UTI Adulto	≤ 7 dias	5,67	6,88	5,55
B16 - Média de permanência UTI Pediátrica	≤ 10 dias	5,00	5,10	9,14
B17 - Média de permanência Neonatal	≤ 14 dias	11,50	7,60	9,64
C18 - Taxa de suspensão de cirurgia	≤ 4%	3,18%	1,20%	0,00%
E19 - Proporção de partos vaginais	≥ 65%	44,94%	37,40%	50,00%
F20 - Acompanhamento taxas de mortalidade Não Institucional	Análise crítica PDSA	3,30%	0,66%	0,72%
F20 - Acompanhamento taxas de mortalidade Institucional	Análise crítica PDSA	3,30%	0,66%	2,17%
F20 - Acompanhamento taxas de mortalidade materno Infantil	Análise crítica PDSA	3,51%	0,00%	0,00%
F20 - Acompanhamento taxas de mortalidade Cirúrgica	Análise crítica PDSA	0,45%	0,00%	0,57%
G 21 - Realizar classificação de risco no mínimo 98% dos usuários	≥ 98%	97,94%	99,24%	98,82%
G22 - Manter até 8 minutos a média de atendimento do paciente no sistema	00:08:00	00:02:28	00:03:44	00:02:34
G23 - Manter em até 240 minutos o tempo médio de espera para pacientes com a classificação de risco azul/Não urgente	≤ 240 minutos	00:50:11	00:15:56	00:51:27



GESTÃO EM SAÚDE

**Araucária**
PREFEITURA

G23 - Manter em até 120 minutos o tempo médio de espera para pacientes com a classificação de risco verde/ Pouco urgente	≤ 120 minutos	00:35:44	00:15:51	00:48:10
G23 - Manter em até 60 minutos o tempo médio de espera para pacientes com a classificação de risco amarelo / Urgente	≤ 60 minutos	00:31:46	00:37:13	00:31:47
G23- Manter em até 10 minutos o tempo médio de espera para pacientes com a classificação de risco Laranja/ Muito Urgente	≤ 10 minutos	00:08:00	00:08:00	00:08:00
G23- Realizar o atendimento imediato para pacientes com a classificação de risco Vermelho/ Emergência	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
I24 - Manter o tempo médio de permanência no PS Geral até 12 horas	12:00:00	05:30:00	03:30:00	04:16:00
I25 - Manter o tempo médio de permanência no PS Obstétrico até 12 horas	12:00:00	02:30:00	02:09:00	01:59:00
I26 - Manter o tempo médio de permanência no PA Infantil até 12 horas	12:00:00	05:01:00	04:27:00	05:28:00
J27 - Taxa global de infecção Hospitalar <2%	≤ 2%	1,74%	0,66%	0,90%
J28 - Apresentar densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica	≤ 10	9,35	6,76	7,46
J29 - Apresentar densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU)	≤ 1	7,46	3,80	0



GESTÃO EM SAÚDE



J30 - Apresentar densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso (CVC)	≤10	17,75	0,00	6,17
J31 - Apresentar densidade de incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas	≤1	0,00%	0,43%	1,91%
K32 - Incidência de Queda	≤ 1	0,00%	0,00	0,00
L33 - Incidência de Úlcera por Pressão	≤ 5	0,00%	0,06	0,00
M34- Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura	Cumprido = 1,00	94,08%	99,07%	100,00%
Q35 - Disponibilizar 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação	Não Cumprido=0,0	115,65%	121,74%	117,47%
R36 - Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central	≥ 100%	78,26%	82,86%	121,74%
S37 - Realizar 100% das confirmações de presença e falta dos pacientes eletivos agendados no Sistema de informação utilizado pela SMSA	≥ 100%	76,32%	100,00%	59,61%
T38 - Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência.	≥ 100%	100,00%	100%	100%
U39 - Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde.	70%	100,00%	100%	100%



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

U40- Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo, 100% das puérperas e dos recém-nascidos egressos nas Unidades Básicas de Saúde.	100%	100,00%	100%	100%
U41 - Taxa de readmissão Hospitalar em 30 dias um percentual inferior a 20%	0	6,94%	6,26%	8,44%
V42 - Garantir 100% das AIHs dos internamentos no mês subsequente à ocorrência.	100%	100,00%	100%	100%
W43 - Garantir o percentual de 80% de respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia,	80%	100,00%	100%	100%
X44 - Garantir a efetividade das Comissões e Comitês, em conformidade com a Legislação vigente	16	14	14	14
Z45 - Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional.	100%	Atende	Atende	88%
AA46 Manter o índice de capacitação em Metas de Segurança do Paciente maior que 75%	75%	83,84%	80,13%	75,00%
AA47 Manter o índice de atualização profissional em práticas assistenciais maior que 60%	60%	123,36%	72,41%	93,00%

4.1

ANÁLISE DAS METAS NÃO ATINGIDAS

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

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

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

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE OCUPAÇÃO

As médias trimestrais apresentadas correspondem à média aritmética simples dos três resultados mensais, utilizada para demonstrar tendência e comportamento do indicador. Essa média não substitui a apuração contratual de cada competência.

Para a consolidação definitiva da taxa de ocupação, o cálculo deve considerar o total de pacientes-dia do período dividido pelo total de leitos-dia efetivamente disponíveis. Da mesma forma, a média de permanência trimestral deve ser ponderada pelo número de saídas hospitalares de cada unidade, evitando que meses com volumes assistenciais diferentes recebam o mesmo peso estatístico.

Não foi calculada uma média global entre todas as unidades, pois os setores possuem quantitativos de leitos, perfis assistenciais e metas distintas, de modo que uma média simples institucional poderia produzir interpretação inadequada.

A Clínica Cirúrgica apresentou o resultado mais estável entre as unidades de internação, com cumprimento da meta mínima de 80% nas três competências. A taxa variou de 80,60% a 87,70%, resultando em média trimestral de 83,11%. O comportamento demonstra utilização contínua da capacidade assistencial e crescimento da ocupação em abril.

A UTI Adulto também apresentou desempenho favorável. Embora fevereiro tenha registrado 80,95%, abaixo da meta de 85%, houve recuperação nos meses seguintes, com 88,00% em março e 90,37% em abril. A média trimestral alcançou 86,44%, superior ao parâmetro contratual, acompanhada de tendência progressiva de aumento.

A Clínica Médica permaneceu abaixo da meta em fevereiro e março, com 69,48% e 70,80%, respectivamente. Em abril, atingiu 97,60%, representando aumento de 26,80 pontos percentuais em relação a março. A média simples do trimestre foi de 79,29%, apenas 0,71 ponto percentual abaixo da meta. O resultado demonstra que o desempenho trimestral foi influenciado principalmente pelos dois primeiros meses, enquanto abril apresentou utilização próxima da capacidade total.

A Internação Geral apresentou comportamento semelhante, mantendo-se em aproximadamente 70% em fevereiro e março e alcançando 82,37% em abril. A média trimestral foi de 74,47%. Apesar do não atingimento da meta na média simples, houve melhora relevante no encerramento do período.

Na Ginecologia/Obstetrícia, a taxa evoluiu de 71,22% em fevereiro para 80,80% em março, com redução moderada para 78,70% em abril. A média trimestral foi de 76,91%. O setor permaneceu próximo do parâmetro contratual em março e abril, sem apresentar tendência contínua de queda ou crescimento.

A Clínica Pediátrica apresentou crescimento progressivo durante o trimestre, passando de 44,64% em fevereiro para 57,40% em março e 67,30% em abril. Embora a meta não tenha sido atingida, houve elevação acumulada de 22,66 pontos percentuais entre fevereiro e abril. A média trimestral foi de 56,45%.

A UTI Pediátrica apresentou maior oscilação, com redução de 53,57% para 44,10% entre fevereiro e março, seguida de aumento para 71,11% em abril. A média trimestral de 56,26% permaneceu distante da meta de 85%, ainda que abril tenha demonstrado maior utilização dos leitos.

A UTI Neonatal permaneceu abaixo da meta nas três competências e apresentou redução progressiva, de 82,14% em fevereiro para 73,50% em março e 70,67% em abril. A média trimestral foi de 75,44%. O comportamento exige análise conjunta da demanda regulada, dos bloqueios operacionais, da disponibilidade efetiva dos leitos e do perfil dos recém-nascidos atendidos.

A UCIN apresentou a variação mais expressiva do período. Após alcançar 86,90% em fevereiro, houve redução para 54,90% em março e 26,67% em abril. A média trimestral foi de 56,16%. A queda de 60,23 pontos percentuais entre fevereiro e abril não deve ser interpretada isoladamente como ociosidade, uma vez que precisa ser correlacionada com o número de admissões, pacientes-dia, saídas, bloqueios, critérios de internação, disponibilidade de equipe e funcionamento integrado com a UTI Neonatal.

Em síntese, a Clínica Cirúrgica e a UTI Adulto apresentaram os resultados mais consistentes. A Clínica Médica e a Internação Geral demonstraram recuperação importante em abril. Os maiores afastamentos das metas concentraram-se na Clínica Pediátrica, UTI Pediátrica e UCIN, enquanto a UTI Neonatal apresentou ocupação inferior ao parâmetro, porém menos distante do que os demais setores pediátricos e intermediários.

Clínica Cirúrgica: apresentou ocupação superior à meta e permanência inferior a dois dias durante todo o trimestre. Os resultados são compatíveis com elevada rotatividade e utilização contínua dos leitos. A análise definitiva deve preservar a distinção entre altas hospitalares, transferências internas e episódios de curta permanência.

Clínica Médica e Internação Geral: o aumento expressivo da ocupação em abril ocorreu sem ultrapassar a meta de permanência. O comportamento demonstra maior pressão assistencial no encerramento do trimestre, com manutenção da capacidade de alta. A média trimestral abaixo de 80% foi influenciada pelas competências de fevereiro e março e não representa, isoladamente, o comportamento mais recente do setor.

Ginecologia/Obstetrícia: apresentou ocupação próxima à meta em março e abril e permanência média de aproximadamente dois dias. Por possuir elevada frequência de admissões e saídas em intervalos curtos, constitui uma das áreas mais sensíveis a registros de permanência zero e à classificação entre internação, observação obstétrica e movimentação do binômio mãe e recém-nascido.

UCIN: apresentou simultaneamente queda da ocupação e permanência muito superior à meta. O resultado pode decorrer da permanência prolongada de poucos pacientes, baixo volume de novas admissões, restrições operacionais, ausência de fluxo adequado entre UTI Neonatal, UCIN e alojamento conjunto ou inadequação do parâmetro de quatro dias ao perfil dos recém-nascidos admitidos. A avaliação deve ser individualizada por caso.

UTI Adulto: apresentou a melhor relação entre ocupação e permanência entre as unidades críticas, com média de ocupação superior a 85% e média de permanência inferior a sete dias. O resultado sugere utilização adequada da capacidade instalada e fluxo assistencial equilibrado.

UTI Neonatal: manteve permanência dentro do parâmetro, porém com ocupação inferior à meta e tendência de redução. A causa deve ser apurada considerando demanda regional, bloqueios operacionais, regulação, perfil dos nascimentos, disponibilidade de equipe e capacidade de transição para a UCIN.

Clínica Pediátrica e UTI Pediátrica: os resultados demonstram ocupação persistentemente inferior às metas, mas com média de permanência dentro dos limites. Essa combinação, associada ao funcionamento do PAI como unidade de urgência e

observação, indica possível incompatibilidade entre o desenho assistencial efetivamente praticado e os indicadores contratuais atribuídos ao setor.

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – MÉDIA DE PERMANÊNCIA

A Clínica Cirúrgica apresentou média de permanência reduzida e progressivamente menor, passando de 1,89 dia em fevereiro para 1,73 dia em abril. Associada à ocupação superior a 80%, essa combinação indica elevada rotatividade dos leitos e capacidade de absorção de novos pacientes, sem prolongamento da internação.

A Clínica Médica manteve média de permanência entre 2,83 e 3,30 dias, dentro do limite de quatro dias. A elevação da ocupação para 97,60% em abril não foi acompanhada de aumento desproporcional da permanência, que se manteve em 3,16 dias. O resultado reflete o aumento de demanda e utilização dos leitos sem represamento das altas.

Na Ginecologia/Obstetrícia, a média de permanência permaneceu estável, variando entre 2,01 e 2,19 dias. A média trimestral de 2,10 dias demonstra rotatividade compatível com o perfil obstétrico, incluindo internações relacionadas ao trabalho de parto, puerpério e assistência ao binômio mãe e recém-nascido.

A Clínica Pediátrica apresentou média trimestral de 1,92 dia, com pequena oscilação mensal. Embora o indicador esteja dentro da meta, a permanência curta, associada à ocupação abaixo de 80%, deve ser interpretada considerando o modelo assistencial efetivamente praticado. Quando o setor atua predominantemente como ambiente de unidade pré hospitalar fixo (UPA), a comparação direta com metas próprias de enfermaria pediátrica não representa adequadamente sua produção, e realidade.

A UTI Adulto permaneceu dentro do limite de sete dias em todas as competências, com média trimestral de 6,03 dias. O maior resultado ocorreu em março, com 6,88 dias, ainda dentro do parâmetro. Considerando que a unidade também alcançou média de ocupação de 86,44%, observa-se equilíbrio entre utilização dos leitos, complexidade dos pacientes e capacidade de liberação de vagas.

A UTI Pediátrica apresentou média de permanência dentro do limite de dez dias. Entretanto, abril registrou aumento para 9,14 dias, próximo do parâmetro máximo, enquanto a taxa de ocupação chegou a 71,11%. Em unidade de apenas três leitos, um número reduzido de casos com permanência prolongada pode produzir grande variação percentual, razão pela qual o indicador deve ser acompanhado juntamente com número de admissões, saídas, pacientes-dia e perfil clínico dos pacientes.

A UTI Neonatal apresentou média trimestral de 9,58 dias, inferior ao limite de 14 dias. A permanência variou de 7,60 a 11,50 dias.

A UCIN constituiu a principal exceção do trimestre. A média de permanência foi de 12,17 dias em fevereiro, 6,30 dias em março e 12,00 dias em abril, todos superiores à meta de quatro dias. A média simples trimestral alcançou 10,16 dias. A combinação entre redução da ocupação e permanência prolongada reflete a concentração da assistência em pequeno número de pacientes com maior tempo de internação, baixa entrada de novos casos ou dificuldade de progressão e continuidade do cuidado. O resultado depende da avaliação individual das internações, do perfil de prematuridade, da necessidade de ganho ponderal, suporte alimentar, condições familiares para alta.

No trimestre, o indicador denominado Clínica Pediátrica apresentou taxas de ocupação de 44,64%, 57,40% e 67,30%, com média de 56,45%, enquanto a média de permanência foi de 1,92 dia. A UTI Pediátrica apresentou ocupação de 53,57%, 44,10% e 71,11%, com média de 56,26%, e média de permanência trimestral de 6,41 dias.

Na Clínica Pediátrica, a associação entre ocupação inferior à meta e permanência próxima de dois dias é compatível com um perfil de curta permanência e observação. Na UTI Pediátrica, a ocupação reduzida não foi acompanhada de permanência excessiva, embora abril tenha apresentado aumento para 9,14 dias. Os resultados reforçam a necessidade de avaliar o desenho integral da linha pediátrica, e não apenas o cumprimento isolado de cada percentual.

Solicita-se à Secretaria Municipal de Saúde a avaliação prioritária do desenho assistencial e dos indicadores vinculados ao Pronto Atendimento Infantil - PAI e à UTI Pediátrica. O PAI funciona, na prática, como unidade de urgência e observação pediátrica, com perfil equivalente ao de uma UPA; por essa razão, seus indicadores devem contemplar classificação de risco, tempo até o atendimento médico, permanência em observação, resolutividade, transferências, retornos e segurança assistencial, não devendo reproduzir, sem ajuste, metas próprias de enfermaria, como taxa de ocupação de leitos de internação e média de permanência de vários dias.

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

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

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

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

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

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

Indicador 18 – Taxa de suspensão de Cirurgia

O indicador apresentou desempenho satisfatório no período de fevereiro a abril de 2026, mantendo-se dentro do limite estabelecido no Contrato de Gestão nº 023/2026, cuja meta prevê taxa igual ou inferior a 4%. Em fevereiro, foi registrada taxa de suspensão de 3,18%, resultado que permaneceu abaixo do limite contratual. No mês de março, observou-se redução significativa do indicador, que alcançou 1,20%, representando uma diminuição de aproximadamente 62,26% em relação ao mês anterior. Em abril, não foram registradas suspensões de cirurgias, resultando em uma taxa de 0,00%.

A evolução dos resultados demonstra o cumprimento da meta durante todo o trimestre e evidencia a melhoria progressiva dos processos relacionados ao planejamento, à organização e à execução da agenda cirúrgica. O desempenho também reflete o acompanhamento das condições clínicas dos pacientes, a articulação entre as equipes assistenciais e administrativas e o aprimoramento das rotinas de confirmação e preparação pré-operatória. Considerando a média aritmética dos resultados mensais, a taxa observada no trimestre foi de aproximadamente 1,46%, permanecendo abaixo do limite contratual de 4%. Dessa forma, o indicador foi cumprido integralmente no período, contribuindo para a continuidade da assistência, a otimização dos recursos hospitalares e a redução dos impactos decorrentes de cancelamentos ou adiamentos de procedimentos cirúrgicos.

Indicador 19 - Proporção de partos vaginais

A proporção de partos vaginais permaneceu abaixo da meta nas três competências. Fevereiro apresentou diferença de 20,06 pontos percentuais em relação à meta; março apresentou a maior diferença, de 27,60 pontos percentuais; e abril apresentou diferença de 15 pontos percentuais.

Entre março e abril, houve aumento de 12,60 pontos percentuais na proporção de partos vaginais, com equilíbrio de 50% entre as duas vias de nascimento no último mês analisado. Apesar da melhora, a média trimestral de 44,11% permaneceu 20,89 pontos percentuais abaixo do parâmetro contratual.

A análise exclusivamente percentual demonstra o não atingimento do indicador, mas não é suficiente para determinar inadequação assistencial. A avaliação técnica exige correlação entre perfil obstétrico, paridade, idade gestacional, apresentação fetal, início espontâneo ou induzido do trabalho de parto, histórico de cesárea anterior, intercorrências maternas e fetais, decisão materna e registros individualizados em prontuário.

No período analisado, a proporção de partos vaginais permaneceu abaixo da meta contratual de 65% nas três competências, com 44,94% em fevereiro, 37,40% em março e 50,00% em abril. A média aritmética simples do período foi de 44,11%. O não atingimento do parâmetro contratual está objetivamente demonstrado; contudo, a análise do indicador não deve se limitar ao percentual global, devendo considerar a composição da população obstétrica e os motivos registrados para cada cesárea.

Nas competências de fevereiro, março e abril, foram informados os motivos indicativos das cesáreas e realizada a análise dos casos com base nos critérios da Classificação de Robson. Essa metodologia permite estratificar a população obstétrica em grupos comparáveis, identificar quais grupos apresentaram maior contribuição para a taxa de cesáreas e qualificar a análise do indicador para fins assistenciais e de auditoria. Dessa forma, os resultados desses meses não foram avaliados exclusivamente pelo percentual de partos vaginais e cesáreas, mas também pelo perfil obstétrico das gestantes e pelos motivos registrados para a definição da via de nascimento.

Para fins de precisão técnica, a Classificação de Robson deve ser compreendida como instrumento de estratificação e monitoramento da população obstétrica, e não como indicação clínica autônoma para realização da cesárea. A justificativa de cada procedimento continua condicionada à indicação materna, fetal ou obstétrica individualmente registrada no prontuário, à evolução do trabalho de parto e à decisão assistencial devidamente documentada. Assim, a análise por grupos de Robson complementa, mas não substitui, a avaliação individual da pertinência da via cirúrgica.

Em março, o resultado consolidado de 37,40% de partos vaginais e 62,60% de cesáreas deve ser interpretado em conjunto com os motivos indicativos e os grupos de Robson apresentados na prestação de contas da competência. Essa forma de apresentação confere maior consistência à análise causal, permitindo distinguir a contribuição de diferentes perfis obstétricos para o resultado mensal, em vez de atribuir o percentual elevado de cesáreas, de maneira ampla, apenas à condição de maternidade de referência.

Em abril, foram analisados 108 partos, sendo 54 partos vaginais e 54 cesáreas, correspondentes a 50,00% para cada via de nascimento. A prestação de contas apresentou, ainda, a relação dos 54 procedimentos cirúrgicos com os respectivos motivos ou indicações, permitindo avaliação individualizada e correlação com a estratificação obstétrica adotada. Os registros incluíram condições relacionadas à evolução do trabalho de parto, alterações da cardiotocografia, síndromes hipertensivas, crescimento e apresentação fetal, histórico obstétrico, decisão materna e recusa de indução, entre outros elementos descritos na documentação assistencial.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE MORTALIDADE

No período analisado, observou-se uma redução geral das taxas de mortalidade em comparação ao primeiro registro, seguida de aumento em alguns indicadores no último período.

A taxa de mortalidade não institucional reduziu de 3,30% para 0,66% e apresentou discreta elevação no último registro, alcançando 0,72%. Apesar do aumento de 0,06 ponto percentual, o resultado permanece inferior ao valor inicialmente registrado.

A mortalidade institucional apresentou redução inicial de 3,30% para 0,66%, porém houve aumento significativo no último período, passando para 2,17%, correspondendo a uma elevação de 1,51 ponto percentual. Esse foi o maior crescimento observado entre os indicadores e deve ser acompanhado com atenção, mediante avaliação dos casos ocorridos e de suas possíveis causas.

A taxa de mortalidade materno-infantil apresentou resultado de 0,00% nos dois últimos períodos, demonstrando a ausência de óbitos registrados nessa categoria no período mais recente e a manutenção desse resultado.

A mortalidade cirúrgica passou de 0,45% para 0,00% e, posteriormente, apresentou aumento para 0,57%. Embora a variação absoluta seja de 0,57 ponto percentual, o resultado indica a ocorrência de óbitos cirúrgicos no último período e requer análise individual dos casos, especialmente quanto às condições clínicas dos pacientes, riscos envolvidos e possíveis complicações no período pós-operatório.

De forma geral, os dados demonstram que houve melhora significativa em relação ao primeiro período, principalmente nos indicadores de mortalidade não institucional, institucional e materno-infantil. No entanto, no último período, foram observadas elevações nas taxas de mortalidade não institucional, institucional e cirúrgica. A maior variação ocorreu na mortalidade institucional, que passou de 0,66% para 2,17%.

Destaca-se positivamente a manutenção da mortalidade materno-infantil em 0,00%. Como pontos de acompanhamento, recomenda-se a análise dos óbitos institucionais e

cirúrgicos registrados no trimestre, com identificação das causas, avaliação dos processos assistenciais e monitoramento da evolução desses indicadores nos próximos períodos.

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

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

No período de Fevereiro a Abril de 2026, o indicador referente ao percentual de pacientes avaliados pelo enfermeiro na classificação de risco apresentou média de 98,66%, configurando desempenho satisfatório e superior aos parâmetros estabelecidos para serviços de urgência e emergência no HMA.

O alcance desse resultado decorre da consolidação do protocolo institucional de classificação de risco, incorporado de forma sistemática à rotina assistencial, garantindo ampla cobertura de atendimento com classificação de risco aos pacientes que buscam o pronto socorro da HMA, seja por busca direta, ou demanda regulada por serviços pré hospitalar.

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

No período de Fevereiro a Abril de 2026, o Tempo Médio para Classificação de Risco manteve-se predominantemente dentro do limite estabelecido de até 8 (oito) minutos, apresentando média no período de 0:02:53, o que indica desempenho global satisfatório do serviço no acolhimento inicial dos pacientes.

A manutenção desse resultado está relacionada à capacidade operacional da equipe de enfermagem em realizar a avaliação clínica de forma oportuna, mesmo diante de oscilações na demanda assistencial. A organização dos fluxos internos e a priorização da

classificação de risco como etapa essencial do atendimento contribuíram para manter o indicador próximo ao parâmetro institucional ao longo de todo o quadrimestre.

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

No período de Fevereiro a Abril de 2026, o indicador de tempo médio de espera para pacientes classificados na cor azul (não urgente) apresentou média de espera em 00:38:39 para atendimento médico, mantendo-se dentro do parâmetro contratual.

Esse desempenho resulta da priorização clínica adequada dos atendimentos, contribuindo também com a organização dos fluxos internos, a atuação da equipe multiprofissional conforme protocolos de classificação de risco.

Indicador 28 – Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico Urgente conforme a classificação de risco

Quanto ao indicador de tempo médio de espera para pacientes classificados na cor amarela (urgente), a análise consolidada de Fevereiro a Abril de 2026, evidencia desempenho global satisfatório, com tempo médio de 00:34:20, permanecendo dentro do parâmetro assistencial esperado para esse nível de prioridade clínica. Esse resultado reflete capacidade institucional de resposta oportuna aos casos urgentes, mesmo diante da variabilidade de demanda e da complexidade assistencial característica dos serviços de pronto atendimento.

O desempenho observado decorre, da priorização adequada dos pacientes urgentes, sustentada por protocolos de classificação de risco consolidados e por fluxos assistenciais que garantem atendimento preferencial conforme gravidade clínica.

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

Quanto ao indicador de tempo médio de espera para pacientes classificados na cor Laranja (muito urgente), a análise consolidada de Fevereiro a Abril de 2026, demonstra desempenho assistencial adequado, com tempo médio de espera de 00:04:19, mantendo-se a média global do período dentro dos parâmetros pactuados em contrato.

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

Quanto ao indicador de tempo médio de espera para pacientes classificados na cor vermelha (emergência), a análise consolidada evidencia desempenho plenamente satisfatório, com tempo médio de espera de 00:00 minutos, demonstrando atendimento imediato pela equipe assistencial, em conformidade com a gravidade extrema e o risco iminente à vida inerentes a essa classificação.

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

Indicador 31 – Tempo Médio Permanência no PS Geral

No período avaliado, o Tempo Médio de Permanência (TMP) no Pronto Socorro Geral apresentou desempenho global satisfatório, mantendo-se abaixo do limite máximo estabelecido, de até 12 (doze) horas.

Esse resultado decorre da adequada organização dos processos assistenciais, iniciando na triagem eficiente, passando pelo atendimento médico oportuno, até a definição clínica de alta, internação ou transferência.

A permanência reduzida no PS Geral reflete a capacidade das equipes em manejar casos de diferentes níveis de complexidade, a articulação efetiva com os setores de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como a disponibilidade e rotatividade de leitos para internação quando indicada. A estabilidade do TMP ao longo do quadrimestre indica padronização de rotinas, previsibilidade dos fluxos e maturidade dos processos internos.

Indicador 32 – Tempo Médio Permanência no PS Obstétrico

No período de Fevereiro a Abril de 2026, o Tempo Médio de Permanência (TMP) no Pronto Socorro Obstétrico apresentou desempenho amplamente satisfatório, mantendo-se de forma consistente abaixo do limite estabelecido de até 12 (doze) horas. A média quadrimestral registrada foi de 02:05:59, refletindo a efetividade dos processos assistenciais, iniciando por triagem qualificada, rápida avaliação clínica e tomada de decisão oportuna quanto à alta, internação ou encaminhamento para outros pontos da rede.

Indicador 33 – Tempo Médio Permanência no PA Infantil

No período de Fevereiro a Abril de 2026, o Tempo Médio de Permanência (TMP) no Pronto Atendimento Infantil manteve-se consistentemente dentro do limite estabelecido de até 12 (doze) horas, evidenciando eficiência na gestão do fluxo de pacientes. A média quadrimestral registrada foi de 03:51:26, indicando atendimento ágil, organizado e previsível.

A estabilidade e a consistência do indicador ao longo do período demonstra que os fluxos assistenciais estão consolidados, com protocolos e rotinas bem definidos que garantem continuidade do cuidado e transferência oportuna para internação ou alta. Esse resultado reforça a efetividade das estratégias implementadas, promovendo experiência positiva para os pacientes e segurança assistencial.

INDICADORES – SEGURANÇA DO PACIENTE

Indicador 34 – Taxa Global de Infecção Hospitalar;

O indicador Taxa Global de Infecção Hospitalar apresentou resultado satisfatório durante os três meses avaliados, mantendo-se abaixo do limite estabelecido de 2%. Em fevereiro, a taxa registrada foi de 1,74%, permanecendo 0,26 ponto percentual abaixo da meta. Em março, observou-se redução significativa, alcançando 0,66%, o que representa uma diminuição aproximada de 62,07% em relação ao mês anterior. No mês de abril, houve discreto aumento para 0,90%, porém o resultado permaneceu confortavelmente dentro do parâmetro contratual. Dessa forma, a meta foi cumprida integralmente no trimestre, demonstrando a manutenção de resultados adequados no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Indicador 35 – Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) ≤ 10;

O indicador Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica apresentou cumprimento da meta em todo o período analisado, cujo limite

máximo estabelecido é de 10. Em fevereiro, foi registrada densidade de 9,35, resultado próximo ao limite contratual, mas ainda dentro do parâmetro estabelecido. Em março, houve redução para 6,76, evidenciando melhora no desempenho do indicador. Em abril, observou-se elevação para 7,46, embora o resultado tenha permanecido abaixo da meta. Os dados demonstram controle satisfatório das pneumonias associadas à ventilação mecânica, sendo importante a continuidade das medidas de prevenção, da aplicação dos protocolos assistenciais e do acompanhamento dos pacientes em uso de ventilação mecânica, especialmente em razão da proximidade do resultado de fevereiro em relação ao limite máximo.

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

O indicador Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) apresentou resultados acima da meta nos meses de fevereiro e março, cujo limite máximo estabelecido é de **1**. Em fevereiro, foi registrada densidade de **7,46**, representando resultado significativamente superior ao parâmetro contratual. Em março, houve redução para **3,80**, demonstrando melhora em relação ao mês anterior, embora o indicador ainda permanecesse acima da meta. Em abril, o resultado alcançou **0**, evidenciando o cumprimento integral do parâmetro no mês. A evolução observada ao longo do trimestre demonstra tendência favorável, com redução progressiva da ocorrência de ITU e alcance do resultado esperado em abril. Recomenda-se, contudo, a manutenção do monitoramento das medidas preventivas, especialmente quanto à indicação, inserção, manutenção e retirada oportuna de cateteres urinários, a fim de preservar o resultado alcançado.

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

O indicador Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea Associada ao Cateter Venoso Central (CVC) apresentou resultado acima da meta em fevereiro e cumprimento do parâmetro nos meses subsequentes. Em fevereiro, a densidade registrada foi de 17,75, ultrapassando o limite máximo de 10. Em março, o indicador apresentou resultado de 0,00, demonstrando expressiva melhora e cumprimento da meta. No mês de abril, foi registrada densidade de 6,17, permanecendo dentro do limite contratual. Os resultados evidenciam uma evolução positiva no controle das infecções associadas ao uso

de cateter venoso central, especialmente quando comparados ao desempenho de fevereiro. A manutenção de boas práticas relacionadas à inserção, manipulação, manutenção e avaliação diária da necessidade do dispositivo é fundamental para assegurar a continuidade dos resultados satisfatórios observados em março e abril.

Indicador 38 – Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas;

O indicador Densidade de Incidência de Infecção do Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas (ISC) cumpriu a meta nos meses de fevereiro e março, mas apresentou resultado acima do limite estabelecido em abril. Em fevereiro, não foram registradas infecções, resultando em 0,00%. Em março, o indicador alcançou 0,43%, permanecendo abaixo da meta máxima de 1%. Em abril, observou-se elevação para 1,91%, ultrapassando o parâmetro contratual em 0,91 ponto percentual. Embora os resultados dos dois primeiros meses tenham sido satisfatórios, o aumento registrado em abril requer análise e acompanhamento pela equipe responsável, com verificação dos casos ocorridos, investigação de possíveis fatores associados e reforço das medidas de prevenção e controle de infecções do sítio cirúrgico. Assim, a meta foi cumprida parcialmente no trimestre, sendo necessária a adoção de medidas de monitoramento para reduzir o indicador nos períodos subsequentes e evitar a recorrência dos resultados acima do limite estabelecido.

Indicador 39 – Incidência de quedas de pacientes internados

No período de fevereiro a abril de 2026, não foram registradas quedas de pacientes, resultando em taxa acumulada de 0,00 por 1.000 pacientes-dia.

O indicador permaneceu estável em zero durante os três meses analisados, sem registro de ocorrência de quedas ou de variação entre os períodos.

Esse resultado sugere a efetividade das medidas preventivas implantadas ou, alternativamente, pode indicar necessidade de confirmação da qualidade dos registros e da adesão ao processo de notificação de eventos e quase eventos.

Foram identificadas ações de melhoria relacionadas à prevenção de quedas, especialmente:

Reavaliação diária do risco por meio da Escala de Morse;

Identificação dos pacientes em risco com pulseiras e placas;

Manutenção das grades laterais elevadas, quando indicadas;

- Conferência do travamento das rodas dos leitos;
- Orientação e acompanhamento durante a deambulação;
- Auxílio ao paciente durante o uso do banheiro;
- Manutenção do ambiente organizado, iluminado e livre de obstáculos;
- Orientação aos pacientes e acompanhantes quanto às medidas de segurança.

O indicador de quedas apresentou resultado favorável, com ausência de notificações durante todo o período de fevereiro a abril de 2026. Manter as medidas preventivas e fortalecer a notificação de quedas, quase quedas e demais situações de risco, evitando que a taxa zerada seja interpretada sem a devida avaliação da qualidade do processo de vigilância.

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

Durante o período analisado, foi registrado 01 caso de LPP adquirida na instituição, ocorrido no mês de março.

Considerando o total acumulado de pacientes-dia, a taxa geral de LPP no período foi de aproximadamente 0,20 caso por 1.000 pacientes-dia, equivalente a cerca de 0,02%.

Em fevereiro, não houve registro de LPP.

Em março, ocorreu 01 caso, representando elevação pontual do indicador.

Em abril, o indicador retornou a zero notificações.

A ocorrência isolada em março demonstra que, apesar do baixo número absoluto de casos, permanecem situações de risco relacionadas principalmente à imobilidade, dependência para mudança de decúbito, condições clínicas, estado nutricional e tempo de permanência dos pacientes.

O resultado de abril deve ser acompanhado com cautela, pois a ausência de notificações pode representar efetivo controle do evento, mas também pode estar relacionada a falhas na identificação, registro ou comunicação dos casos.

Observa-se a necessidade de fortalecer a aplicação sistemática das medidas preventivas, especialmente:

- Realização e registro da Escala de Braden na admissão;

Reavaliação diária do risco de LPP;

Registro das mudanças de decúbito, conforme condição clínica do paciente;

Utilização adequada de colchões, coxins e superfícies de redistribuição de pressão;

Uso de cremes barreira e cuidados com a integridade da pele;

Avaliação do estado nutricional e hidratação;

Inspeção diária da pele, principalmente em proeminências ósseas;

Comunicação entre as equipes sobre pacientes classificados como de maior risco.

O indicador apresentou baixa ocorrência no período, com apenas um caso registrado em março e ausência de notificações em fevereiro e abril. Apesar do resultado quantitativo favorável, manter o acompanhamento contínuo, reforçar as medidas preventivas e assegurar que todos os casos sejam identificados e notificados oportunamente.

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

Observou-se evolução gradual na adesão ao preenchimento do Check List de Cirurgia Segura ao longo do período avaliado, demonstrando maior conscientização das equipes assistenciais quanto à importância do protocolo de segurança do paciente.

Apesar da melhora dos índices, ainda foram identificados procedimentos realizados sem o respectivo check list anexado ao prontuário nos dois primeiros meses do monitoramento, ocasionando perda de rastreabilidade do processo e comprometendo a mensuração real do indicador institucional.

Os principais fatores identificados foram:

- Falha na conferência documental ao término do procedimento;
- Esquecimento do preenchimento durante momentos de maior demanda assistencial;
- Rotatividade de profissionais;
- Ausência de conferência final antes do encaminhamento do prontuário.

Embora tenha ocorrido aumento na quantidade de formulários entregues, verificou-se que parte dos documentos apresenta falhas importantes no preenchimento.

Principais inconformidades encontradas:

- Campos obrigatórios em branco;
- Ausência de identificação dos profissionais;

- Falta de assinatura do enfermeiro;
- Horários não registrados;
- Etapas do Sign In, Time Out e Sign Out incompletas;
- Respostas incompatíveis com o procedimento realizado;
- Marcação automática sem realização efetiva da conferência;
- Rasuras e preenchimento ilegível.

Essas inconformidades reduzem a confiabilidade do indicador e comprometem sua função como ferramenta de prevenção de eventos adversos. O preenchimento incompleto ou inadequado do Check List pode ocasionar:

- Redução da segurança do paciente;
- Fragilidade documental perante auditorias;
- Não conformidades em processos
- Dificuldade na rastreabilidade de eventos adversos;
- Fragilidade jurídica da instituição e dos profissionais envolvidos.

Após análise das não conformidades, identificam-se como causas prováveis:

- Deficiência no treinamento periódico;
- Falta de sensibilização quanto à importância legal do documento;
- Ausência de auditoria diária;
- Falhas na comunicação entre circulante e enfermeiro;
- Cultura de preenchimento tardio do formulário;
- Sobrecarga assistencial em horários de maior fluxo cirúrgico.

Metas

- Atingir 100% das cirurgias com Check List anexado ao prontuário.
- Obter 95% dos formulários totalmente preenchidos, sem campos obrigatórios em branco.

Os resultados demonstram evolução na adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura, atingindo 100% na taxa de adesão, entretanto, observa-se que a qualidade do preenchimento ainda representa uma oportunidade de melhoria. O fortalecimento da cultura de segurança, aliado ao monitoramento contínuo, educação permanente e feedback sistemático às equipes,

permitirá aumentar a confiabilidade do processo, reduzir riscos assistenciais e assegurar conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

INDICADORES – RELAÇÃO COM A REDE

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

Durante o trimestre, o indicador apresentou desempenho superior ao parâmetro de 100% em todos os meses avaliados, registrando 115,65% em fevereiro, 121,74% em março e 117,47% em abril. A média trimestral foi de 118,29%, demonstrando regularidade na disponibilização dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico eletivos para a Central de Regulação.

O resultado evidencia a capacidade da unidade em assegurar a oferta programada e contribuir para o adequado funcionamento do processo regulatório, favorecendo o acesso dos usuários aos procedimentos disponibilizados.

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

O indicador apresentou evolução ao longo do trimestre, com resultados de 78,26% em fevereiro, 82,86% em março e 121,74% em abril. O desempenho observado no último mês demonstra recuperação significativa e superação do parâmetro estabelecido, refletindo o aprimoramento dos fluxos internos de disponibilização das primeiras consultas.

A média trimestral foi de 94,29%. Ressalta-se, contudo, a tendência positiva verificada no período, especialmente pelo resultado alcançado em abril, que demonstra a efetividade das ações de acompanhamento e organização da oferta assistencial.

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

O indicador apresentou resultados de 76,32% em fevereiro, 100% em março e 59,61% em abril, alcançando a média trimestral de 78,64%. Destaca-se o cumprimento

integral da meta no mês de março, evidenciando a efetividade dos procedimentos adotados quando realizados de forma sistematizada.

Ao longo do trimestre, foram identificadas oportunidades de aperfeiçoamento relacionadas à uniformização dos registros e ao acompanhamento dos retornos dos pacientes. Para o próximo período, permanece o monitoramento do processo, com reforço das rotinas de confirmação e atualização das informações no sistema utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, visando conferir maior regularidade aos resultados mensais.

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

O indicador atingiu 100% de cumprimento nos três meses do trimestre, mantendo desempenho integral e constante em fevereiro, março e abril.

O resultado demonstra a regularidade do processo de comunicação do censo hospitalar, realizado conforme a frequência estabelecida, contribuindo para o compartilhamento oportuno das informações e para o planejamento das ações do Departamento de Urgência e Emergência.

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

O indicador apresentou 100% de cumprimento em todos os meses avaliados, superando a meta estabelecida de 70%. A média trimestral também foi de 100%, evidenciando a consolidação do processo de encaminhamento dos pacientes egressos para continuidade do cuidado na Atenção Básica.

O resultado reforça a integração entre a unidade hospitalar e a rede de saúde, favorecendo a organização da assistência após a alta e a continuidade do acompanhamento dos usuários pelas Unidades Básicas de Saúde.

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

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

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

A taxa de readmissão hospitalar apresentou resultados de 6,94% em fevereiro, 6,26% em março e 8,44% em abril, com média trimestral de 7,21%. Os resultados permaneceram abaixo do limite de 20% estabelecido para o indicador durante todo o período.

O desempenho demonstra controle da taxa de readmissão e resultado compatível com o objetivo assistencial pactuado. A variação observada entre os meses permanece dentro de um patamar adequado, sendo mantido o acompanhamento sistemático do indicador como parte das ações de monitoramento da qualidade e da continuidade da assistência.

INDICADORES – GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

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

Fevereiro: Foram apresentadas 586 AIHs para aprovação. Após o processamento realizado pelo Núcleo de Auditoria em Saúde (NAS), não houve rejeições, resultando em 100% de aprovação.

Março: Foram apresentadas 619 AIHs para aprovação. Após o processamento pelo NAS, houve a rejeição de 48 AIHs, correspondendo a aproximadamente 7,75% do total

apresentado. O motivo informado foi “Quantidade de Diárias Superior à Capacidade Instalada”. As AIHs rejeitadas encontram-se em processo de reapresentação, com possibilidade de posterior aprovação.

Abril: Foram encaminhadas 556 AIHs para aprovação. No período de análise, a produção encontrava-se em processamento para envio ao Núcleo de Auditoria em Saúde (NAS), não havendo, até o momento, resultado final quanto às aprovações ou rejeições.

Análise geral — Fevereiro a Abril

No período analisado, foram apresentadas 1.761 AIHs para prestação de contas. Fevereiro apresentou desempenho satisfatório, com 100% de aprovação das AIHs encaminhadas. Em março, entretanto, foram identificadas 48 rejeições, correspondentes a 7,75% da produção apresentada, em razão da quantidade de diárias superior à capacidade instalada.

O resultado de abril ainda não permite avaliar o percentual de aprovação, pois as AIHs permaneciam em processamento pelo NAS. Dessa forma, a análise consolidada do trimestre deverá ser complementada após a conclusão da auditoria referente a esse mês.

As rejeições observadas em março indicam a necessidade de aprimorar o controle e a conferência das diárias informadas, especialmente quanto à compatibilidade entre a quantidade de diárias solicitadas e a capacidade instalada da unidade. Recomenda-se o acompanhamento das AIHs reapresentadas e a adoção de medidas preventivas para reduzir novas inconsistências nos próximos períodos.

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

O indicador, que monitora o percentual de respostas fornecidas aos usuários para solicitações, sugestões, informações, elogios, reclamações ou denúncias, apresentou resultado de 100% nos três períodos analisados.

Considerando o parâmetro estabelecido de 80%, o indicador alcançou desempenho 20 pontos percentuais acima do esperado, correspondendo a 125% do percentual estabelecido.

A manutenção do resultado de 100% demonstra regularidade no processo de recebimento, tratamento e resposta às manifestações dos usuários. Esse desempenho

indica que todas as demandas registradas no período receberam retorno, evidenciando efetividade no acompanhamento das manifestações e compromisso institucional com a comunicação e a satisfação dos usuários.

Dessa forma, o indicador apresentou resultado satisfatório e estável, superando o percentual previsto em todos os períodos analisados.

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

O indicador avalia a efetividade das comissões e comitês institucionais previstos na legislação vigente. No trimestre analisado, estavam previstas 16 atividades/comissões, sendo realizadas 14 em cada período, correspondendo a um percentual de cumprimento de 87,5%.

O resultado demonstra que a maior parte das comissões e comitês manteve suas atividades regularmente. Foram identificadas ações em 14 dos 16 itens avaliados, incluindo:

Avaliação do prontuário do paciente;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

Comissão de avaliação e revisão de óbitos;

Comissão de gerenciamento de resíduos;

Comissão de padronização de medicamentos e novas tecnologias;

Comissão de cuidados paliativos;

Comitê transfusional;

Comissão de padronização radiológica;

Comissão de humanização;

Núcleo Interno de Regulação/Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar;

Núcleo de Segurança do Paciente;

Núcleo de Educação Permanente;

Serviço de Atendimento ao Usuário;

Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

Comissões não realizadas

As atividades que não foram realizadas no trimestre foram:

Comissão de Ética Médica;

Comissão de Ética de Enfermagem.

Essas comissões correspondiam a 2 das 16 atividades previstas, resultando em uma redução de 12,5% no cumprimento total do indicador.

Análise crítica

Apesar da ausência das atividades relacionadas à Ética Médica e à Ética de Enfermagem, os demais comitês e comissões apresentaram regularidade, mantendo o resultado de 14 atividades realizadas em cada período do trimestre. Não houve oscilação entre os períodos analisados, o que demonstra estabilidade na execução das atividades institucionais.

A não realização das comissões de ética representa uma fragilidade no funcionamento integral da estrutura de governança institucional, considerando a importância desses órgãos para a orientação das condutas profissionais, análise de questões éticas, recebimento de denúncias e fortalecimento das boas práticas assistenciais.

No trimestre, o indicador apresentou 87,5% de cumprimento, com manutenção das atividades de 14 das 16 comissões e comitês previstos. O resultado demonstra desempenho satisfatório da maioria das estruturas institucionais, porém permanece a necessidade de regularizar o funcionamento da Comissão de Ética Médica e da Comissão de Ética de Enfermagem.

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

Durante o quadrimestre sob análise, o indicador de preenchimento do prontuário eletrônico registrou uma tendência progressiva de melhoria na conformidade dos registros, demonstrando o engajamento gradual da equipe e o compromisso da gestão com as normativas técnicas, a segurança do paciente e a continuidade do cuidado. Contudo, a meta de 100% de conformidade não foi atingida de forma global em todos os meses de referência.

Apesar da evolução positiva, foram observadas lacunas de completude, especialmente nos seguintes pontos da linha de cuidado:

Registros multiprofissionais, evoluções e prescrições;

Checagens assistenciais e descrições de procedimentos;

Avaliação anestésica perioperatória;

Registros obstétricos, em especial no partograma.

Observa-se uma diversidade de causas que levam ao não cumprimento integral da meta do indicador, sendo uma das principais causas a desatualização e limitação estrutural do sistema de prontuário eletrônico vigente.

A ausência de parametrizações modernas como a obrigatoriedade do preenchimento de campos essenciais antes do encerramento do atendimento e a falta de integração entre formulários assistenciais, gera entraves operacionais para a equipe e favorece sub registros, prejudicando o alcance da conformidade ideal.

Com o objetivo de sanar as fragilidades apontadas e modernizar o processo de registro, foram estabelecidas as seguintes ações de curto e médio prazo:

Auditoria e Feedback Técnico (Curto Prazo):

- Intensificação das auditorias sistemáticas de prontuários com feedback direto às equipes assistenciais.
- Alinhamento institucional contínuo junto às coordenações médicas, de enfermagem e multiprofissionais buscando adesão ao preenchimento do prontuário eletrônico.
- Adequação Tecnológica da Informação - TI (Médico / longo Prazo):
- Atualização e parametrização do sistema eletrônico: Implementação de travas e bloqueios para finalização de prontuários com campos obrigatórios incompletos.
- Integração de formulários: Automatização e inclusão de módulos específicos no sistema, com foco em avaliação anestésica e partograma eletrônico.
- Suporte operacional: Aprimoramento da interface e usabilidade do sistema para facilitar o fluxo de registro das equipes médicas e assistenciais.

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

Os resultados permaneceram dentro ou acima da meta contratual mínima estabelecida (>75%) ao longo do quadrimestre. As ações educativas contemplaram conteúdos estratégicos relacionados:

- À identificação correta do paciente;
- Comunicação efetiva;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
- Controle de infecção;
- Cirurgia segura;
- Notificações;
- Segurança documental;
- Padronização de processos;
- Melhoria contínua;
- Rastreabilidade assistencial.

Em abril, o treinamento: “Meta 3 – Processo Seguro de Medicação” foi estruturado em 33 turmas distribuídas entre períodos diurno e noturno, totalizando 226 participações. Destas, aproximadamente 25 turmas foram conduzidas diretamente pelo NEP, demonstrando importante centralização operacional das ações educativas para viabilização do alcance contratual.

Mesmo com ampliação significativa do número de turmas, não foi possível atingir cobertura integral do público-alvo elegível, evidenciando que a limitação do indicador não esteve relacionada à ausência de oferta de capacitação, mas sim:

- À adesão parcial dos colaboradores;
- À dinâmica assistencial;
- À dificuldade de liberação pelas lideranças, e;
- Às limitações operacionais do ambiente hospitalar.

Os treinamentos realizados in loco, embora ampliem o acesso, frequentemente ocorrem em ambiente sujeito a:

- Interrupções;
- Demandas simultâneas;
- Chamadas assistenciais;
- Priorização do cuidado direto;
- Fragmentação da atenção dos participantes.

Tais fatores impactam tanto a cobertura quanto a efetividade do processo de ensino-aprendizagem.

Outro aspecto relevante refere-se à necessidade de fortalecimento da corresponsabilidade das lideranças setoriais no processo educativo. Embora o NEP realize:

- Planejamento;
- Organização;
- Execução de treinamentos;
- Monitoramento;
- Cobrança de evidências;
- Fechamento de indicadores;
- Elaboração de análises críticas, A efetividade institucional depende diretamente do

envolvimento ativo das lideranças na:

- Organização das escalas;
- Garantia de liberação dos profissionais;
- Monitoramento da participação individual;
- Acompanhamento da cobertura do público-alvo. A ausência de controle estruturado

por setor dificulta:

- Identificação de lacunas individuais;
- Distribuição equitativa das capacitações;
- Rastreabilidade do processo educativo;
- Avaliação real da adesão institucional.

Destaca-se que parte significativa das ações educativas de maior abrangência foi conduzida diretamente pelo NEP, incluindo organização logística, divisão de turmas entre períodos diurno e noturno, articulação com setores assistenciais, desenvolvimento de material educativo, acompanhamento de participação e consolidação documental dos indicadores.

O quadrimestre de janeiro a abril de 2026 demonstrou importante esforço institucional na consolidação das ações de Educação Permanente em Saúde, com manutenção dos indicadores contratuais dentro ou acima das metas pactuadas na maior parte do período analisado. Observou-se ampliação da organização metodológica dos treinamentos, fortalecimento das ações estruturadas e aumento da atuação operacional do NEP na condução direta de atividades educativas estratégicas.

Ao mesmo tempo, a análise crítica evidencia que os resultados quantitativos ainda apresentam limitações importantes relacionadas:

- Ao método de cálculo;
- À ausência de rastreabilidade individual;
- À cobertura não homogênea das equipes;
- À adesão parcial dos colaboradores;
- À necessidade de maior corresponsabilização das lideranças assistenciais.

Mesmo diante dessas fragilidades, o quadrimestre demonstra evolução progressiva da cultura institucional de segurança do paciente e qualificação assistencial, reforçando o papel estratégico da Educação Permanente como ferramenta essencial para fortalecimento da qualidade, segurança e padronização do cuidado em saúde.

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

O indicador permaneceu acima da meta contratual mínima de 60% durante todo o quadrimestre. Observa-se importante oscilação entre os resultados mensais, relacionada:

- À dinâmica assistencial;
- À adesão variável das equipes;

- À organização das escalas;
- Ao direcionamento dos públicos-alvo, e;
- À metodologia atualmente utilizada para cálculo do indicador.

Os meses com melhores resultados estiveram diretamente relacionados à realização de ações estruturadas de maior abrangência operacional, conduzidas ou organizadas diretamente pelo NEP. Destaca-se especialmente o treinamento: “SAV na prática: reconhecimento, intervenção e trabalho em equipe na PCR”, realizado em abril, que totalizou 192 participações, representando aproximadamente 43,7% de todas as participações do eixo de práticas assistenciais naquele mês. A ação foi organizada em aproximadamente 30 turmas distribuídas entre períodos diurno e noturno, utilizando metodologia teórico-prática com simulação aplicada à realidade assistencial, exigindo organização logística ampliada e articulação contínua com os setores assistenciais para garantir acesso das equipes sem interrupção da assistência. Essa estratégia contribuiu de forma significativa para o alcance quantitativo do indicador.

Apesar dos resultados positivos, identificou-se importante limitação metodológica no cálculo contratual atualmente adotado.

A fórmula vigente considera: $(\text{Número de Funcionários Capacitados} \div \text{Número Total de Funcionários}) \times 100$ Contudo, na prática assistencial, os treinamentos são direcionados a públicos-alvo específicos, conforme:

- Categoria profissional;
- Eixo assistencial;
- Perfil técnico;
- Atribuições do setor;
- Aplicabilidade temática.

Dessa forma, ao utilizar como denominador o total institucional de colaboradores diretamente relacionados à assistência, o indicador passa a considerar profissionais que não pertencem ao público-alvo daquele treinamento específico.

Essa metodologia pode:

- Subestimar resultados efetivamente alcançados;
- Gerar distorções na cobertura real;

- Comprometer a interpretação da adesão;

• Dificultar a análise da efetividade das ações educativas. Outro ponto relevante refere-se ao fato de que o cálculo considera número total de participações, e não cobertura individual exclusiva.

Assim:

- Um mesmo colaborador pode ser contabilizado diversas vezes;
- Enquanto outros podem não ter participado de nenhuma ação educativa no período.

Consequentemente, o indicador não reflete de forma precisa:

- Cobertura real;
- Distribuição equitativa das capacitações;
- Rastreabilidade individual;
- Impacto assistencial efetivo.

Também foram identificados desafios relacionados:

- À adesão parcial de determinadas equipes;
- À realização de treinamentos in loco em ambiente sujeito a interrupções constantes;
- À ausência de monitoramento individual sistemático por setor.

Apesar dessas limitações, o quadrimestre demonstrou avanço importante na estruturação do processo educativo institucional, especialmente pela ampliação das ações coordenadas diretamente pelo NEP, fortalecimento da organização metodológica e consolidação progressiva da cultura de educação permanente.

5.

METAS QUANTITATIVAS

A análise dos resultados demonstra desempenho satisfatório em importantes dimensões da gestão hospitalar, com destaque para a manutenção da equipe médica completa, o cumprimento da carga horária dos coordenadores médicos, a permanência dos coordenadores das especialidades previstas e a presença do diretor técnico pelo período mínimo estabelecido. Esses indicadores permaneceram integralmente atendidos durante todo o período avaliado, evidenciando estabilidade na organização da força de trabalho e na estrutura de governança assistencial.

Também se observa resultado positivo quanto às saídas hospitalares, que permaneceram acima da meta mínima de 439 nos três meses analisados, com 576 saídas em fevereiro, 509 em março e 469 em abril. Embora tenha ocorrido redução gradual no volume mensal, os resultados permaneceram superiores ao parâmetro contratual, indicando capacidade adequada de resposta da unidade às demandas de internação e continuidade do cuidado.

Em relação aos exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação, verifica-se importante evolução no período. Após os resultados de 1.849 exames em fevereiro e 1.975 em março, a produção alcançou 2.886 exames em abril, demonstrando aumento expressivo da oferta e da execução desses procedimentos. Essa evolução contribuiu de forma relevante para a melhoria do desempenho global, especialmente nas áreas de radiodiagnóstico, ultrassonografia, ecocardiografia e demais exames especializados.

Apesar dos avanços observados, alguns indicadores apresentaram produção inferior às metas pactuadas, especialmente aqueles relacionados às cirurgias eletivas, às consultas ambulatoriais e às cirurgias ambulatoriais eletivas. Nas cirurgias eletivas, foram realizados 120 procedimentos em fevereiro, 133 em março e 106 em abril, frente à meta mensal de 145. As consultas ambulatoriais também apresentaram redução no período, passando de 180 atendimentos em fevereiro para 130 em março e 127 em abril,

diante da meta de 230 consultas. Do mesmo modo, as cirurgias ambulatoriais eletivas registraram 86, 81 e 70 procedimentos, respectivamente, frente à meta de 105.

Ainda assim, a avaliação conjunta dos indicadores evidencia manutenção dos resultados estruturais, cumprimento das metas relacionadas à equipe e à direção técnica, superação da meta de saídas hospitalares e crescimento expressivo na realização de exames eletivos, especialmente no mês de abril. Dessa forma, observa-se uma tendência de melhoria em determinados componentes da produção hospitalar, sem desconsiderar a necessidade de adoção de medidas de monitoramento e reavaliação dos fluxos assistenciais e regulatórios relacionados às cirurgias e consultas ambulatoriais.

Tabela 2: Indicadores quantitativos,

Metas Quantitativas	Meta	Fevereiro	Março	Abril
Manter equipe médica completa conforme escala pré-definida (24h)	100%	100%	100%	100%
Manter coordenador médico com carga horária mínima de 12h semanais	7	100%	100%	100%
Coordenador médico clínica cirúrgica	1	1	1	1
Coordenador médico clínica médica	1	1	1	1
Coordenador médico pediatria	1	1	1	1
Coordenador médico ginecologia e obstetrícia	1	1	1	1
Coordenador médico anestesiologia	1	1	1	1
Coordenador médico Ortopedia	1	1	1	1
Coordenador médico UTI	1	1	1	1
Diretor técnico presencial com mínimo 20 horas semanais	20:00:00	20:00:00	20:00:00	20:00:00
Realizar no mínimo 439 saídas hospitalares	439	576	509	469
Cirurgias Eletivas	145	120	133	106



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Cirurgia Geral	20	22	19	15
Cirurgia Geral Videolaparoscopia	10	10	10	7
Cirurgia Geral Coloproctologia	10	0	0	0
Cirurgia Pediátrica	20	20	19	20
Cirurgia Ginecológica	40	36	43	44
Cirurgia Ginecológica Endometriose	4	3	7	1
Cirurgia Ginecológica Videolaparoscopia	6	4	7	0
Cirurgia Ortopédica	5	5	5	5
Laqueadura Eletiva	5	1	4	0
Laqueadura Pós parto normal	5	5	1	0
Cirurgia vascular	20	14	18	14
Consultas ambulatoriais	230	180	130	127
Cardiologia, avaliação pré-sedação	200	120	87	89
Plano de parto	30	60	43	38
Cirurgias Ambulatoriais Eletivas	105	86	81	70



GESTÃO EM SAÚDE



Vasectomia	5	5	5	5
Varizes Espuma	50	48	43	46
Cirurgias ambulatoriais	50	33	33	19
Exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação	3.515	1.849	1.975	2.886
Mamografia	300	267	332	301
Radiodiagnóstico	2000	689	869	1331
Ultrassonografia	800	533	427	898
Ultrassonografia Mapeamento Endometriose	10	12	11	12
Ecocardiograma Adulto/Infantil	60	54	70	71
Teste ergométrico	30	22	21	16
Eletrocardiograma	100	90	89	80
Biopsia de Prostata	5	6	3	3
Endoscopia	100	97	74	91
Colonoscopia	100	79	79	83



GESTÃO EM SAÚDE



Ecocardiograma fetal	10	0	0	0
----------------------	----	---	---	---

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026)

INDICADORES – EQUIPE MÉDICA

Indicador 01 - Equipe Médica Completa conforme Escala Pré Definida (24h)

No intervalo compreendido entre os meses de fevereiro e abril de 2026 (dois mil e vinte e seis), correspondente ao primeiro quadrimestre do exercício, observou-se elevado desempenho no cumprimento da escala médica, demonstrando efetivo planejamento da força de trabalho e adequada gestão dos recursos assistenciais. Durante os meses de fevereiro, março e abril, foi alcançado índice de conformidade de 100,00% (cem por cento), evidenciando a integral cobertura dos plantões previstos e a manutenção da continuidade da assistência prestada aos usuários. Considerando os resultados obtidos ao longo do quadrimestre, verificou-se índice médio de conformidade de 100,00% (cem por cento), desempenho que demonstra elevado padrão de eficiência na gestão das escalas médicas e plena aderência aos parâmetros institucionais de qualidade assistencial. Os resultados alcançados evidenciam a eficiência do processo de planejamento e gerenciamento das escalas médicas, bem como a adequada organização das coberturas assistenciais, assegurando a continuidade da assistência, a segurança dos pacientes e a manutenção da qualidade dos serviços prestados durante todo o período avaliado. Conclui-se, portanto, que a execução das escalas permaneceu regular e plenamente compatível com as exigências institucionais e contratuais, contribuindo para a estabilidade operacional do Hospital e para a garantia da assistência ininterrupta à população.

Indicador 02 a 09 - Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais

No período de fevereiro a abril de 2026, correspondente ao quadrimestre avaliado, o indicador referente à Coordenação Médica manteve desempenho integralmente satisfatório, com índice de conformidade de 100,00% (cem por cento). Durante todo o período, a instituição preservou quadro composto por 9

(nove) coordenadores médicos, quantitativo superior ao mínimo contratualmente estabelecido de 8 (oito) profissionais, evidenciando o compromisso institucional com o fortalecimento da gestão assistencial. A manutenção de uma estrutura ampliada de coordenação possibilitou maior organização dos processos de trabalho, distribuição equilibrada das atribuições gerenciais e acompanhamento contínuo das equipes médicas, favorecendo maior agilidade na tomada de decisões e na condução das demandas assistenciais e administrativas. A estabilidade do quadro de coordenadores também contribuiu para a continuidade das ações de supervisão, evitando descontinuidades operacionais e promovendo maior integração entre os diferentes setores da unidade hospitalar. A atuação permanente da Coordenação Médica assegurou suporte técnico às equipes assistenciais, monitoramento sistemático dos fluxos de atendimento e fortalecimento da governança clínica, refletindo diretamente na organização dos serviços e na padronização das condutas institucionais. Os resultados obtidos demonstram que o desempenho do indicador ultrapassou o simples atendimento da meta contratual, evidenciando uma gestão médica estruturada, pautada em planejamento, monitoramento contínuo e qualificação permanente dos processos assistenciais. Dessa forma, a manutenção de conformidade integral ao longo de todo o quadrimestre contribuiu para a estabilidade operacional da instituição, para a redução de riscos assistenciais e para a oferta de uma assistência segura, contínua e de qualidade à população.

Indicador 10 - Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais

No período de fevereiro a abril de 2026, correspondente ao quadrimestre avaliado, o indicador referente à carga horária da Direção Técnica apresentou conformidade integral, alcançando índice de 100,00% (cem por cento), em decorrência do cumprimento contínuo da carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais prevista contratualmente. A regularidade desse indicador reflete a organização sistemática das atividades da Direção Técnica, permitindo acompanhamento contínuo das demandas assistenciais e administrativas da instituição. A presença efetiva do Diretor Técnico contribuiu para a condução dos

processos de gestão clínica, o fortalecimento da governança institucional e o suporte permanente às equipes médicas e multiprofissionais, assegurando maior agilidade na tomada de decisões e na resolução de demandas estratégicas. Durante todo o quadrimestre, a Direção Técnica exerceu papel fundamental na supervisão dos serviços médicos, na avaliação dos processos assistenciais, na revisão de protocolos institucionais, na participação em comissões obrigatórias e na articulação entre as equipes multiprofissionais, fortalecendo a governança clínica e promovendo maior integração entre os setores. Essa atuação contribuiu para a uniformização das práticas assistenciais, o aprimoramento dos fluxos internos e o fortalecimento da segurança do paciente. Os resultados alcançados demonstram que a conformidade integral do indicador representa não apenas o atendimento da carga horária prevista contratualmente, mas também o compromisso institucional com uma gestão técnica estruturada, pautada em planejamento, acompanhamento contínuo e qualificação permanente dos processos. Dessa forma, a atuação da Direção Técnica contribuiu para a estabilidade operacional da unidade, para o fortalecimento da segurança assistencial e para a manutenção dos padrões de qualidade exigidos ao longo de todo o quadrimestre.

INDICADOR – INTERNAMENTO/SAÍDAS HOSPITALARES

Indicador 11 – Internamentos/Saídas Hospitalares

A meta estabelecida no contrato de gestão, que prevê a realização de no mínimo 439 (quatrocentos e trinta e nove) saídas hospitalares referentes a atendimentos de urgência e emergência, foi consistentemente superada em todos os meses analisados.

O desempenho relativo à meta foi:

Fevereiro: 576 saídas, 31,21% acima da meta (+137 saídas);

Março: 609 saídas, 38,72% acima da meta (+170 saídas);

Abril: 553 saídas, 25,97% acima da meta (+114 saídas).

Durante o quadrimestre analisado, observou-se uma média mensal de 569 (quinhentas e sessenta e nove) saídas hospitalares de atendimentos de urgência e emergência, mantendo-se sistematicamente acima do parâmetro estipulado no contrato de gestão.

INDICADOR – CIRURGIAS ELETIVAS HOSPITALARES

Indicador 12 a 23 – Cirurgias eletivas Hospitalares,

A produção cirúrgica apresentou crescimento de 120 procedimentos em fevereiro para 133 em março, representando aumento aproximado de 10,83%. Março foi o melhor resultado do trimestre, com execução de 91,72% da meta contratual.

Em abril, a produção caiu para 113 procedimentos, redução de aproximadamente 15,04% em relação a março e de 5,83% em relação a fevereiro.

A queda de abril deve ser analisada considerando a suspensão das cirurgias eletivas previamente agendadas entre 7 e 17 de abril de 2026, em razão da intervenção para substituição do telhado dos setores da Maternidade, do Centro Obstétrico e do Pronto Atendimento Obstétrico. Durante esse período, foram mantidos os atendimentos de urgência e emergência.

Principais tendências por especialidade

- Cirurgia Ginecológica: apresentou desempenho crescente, passando de 36 procedimentos em fevereiro para 43 em março e 44 em abril. Foi uma das especialidades mais consistentes do trimestre.
- Cirurgia Pediátrica: manteve produção de 20 procedimentos em fevereiro e abril, atingindo integralmente a meta nesses períodos.
- Cirurgia Geral: apresentou desempenho superior à meta em fevereiro, aproximou-se do pactuado em março e reduziu a produção para 15 procedimentos em abril.
- Cirurgia Geral Videolaparoscópica: apresentou produção abaixo da meta em fevereiro e abril, com melhora em março.
- Cirurgia Vascular: permaneceu abaixo da meta nos três meses, embora tenha apresentado recuperação em abril.
- Endometriose por videolaparoscopia: teve melhor desempenho em março, quando alcançou 175% da meta. Em abril, manteve resultado superior ao pactuado, mas com volume menor.
- Ortopedia: apresentou produção compatível com a meta nos períodos informados.
- Laqueadura Pós-Parto: teve desempenho satisfatório em fevereiro, queda acentuada em março e recuperação parcial em abril. A produção de abril foi relacionada ao perfil de elegibilidade da demanda obstétrica.
- Coloproctologia: permaneceu sem produção nos três meses, em razão da ausência de profissional habilitado, caracterizando vazio assistencial contínuo.

A principal conclusão desse grupo é que a unidade demonstrou capacidade produtiva, mas o resultado global foi reduzido pela concentração da produção em algumas especialidades e pela ausência ou baixa execução de outras linhas assistenciais.

Indicador 27 a 30 – Cirurgias ambulatoriais eletivas,

As cirurgias ambulatoriais apresentaram queda contínua durante o trimestre.

Entre fevereiro e março, houve redução de 5 procedimentos, equivalente a aproximadamente 5,81%. Entre março e abril, a produção diminuiu mais 11 procedimentos, representando redução aproximada de 13,58%.

Na comparação entre fevereiro e abril, a queda foi de 16 procedimentos, ou aproximadamente 18,60%.

- Vasectomia: manteve 5 procedimentos realizados em todos os meses, alcançando 100% da meta de forma constante.
- Cirurgia ambulatorial geral: passou de 33 procedimentos em fevereiro e março para 19 em abril, sendo o principal fator da queda do indicador.
- Varizes com espuma: apresentou 48 procedimentos em fevereiro, 43 em março e 46 em abril. Embora tenha oscilado, manteve desempenho próximo da meta.

O comportamento demonstra que a unidade manteve capacidade operacional adequada para vasectomias e procedimentos de varizes com espuma, mas enfrentou dificuldade na composição da agenda de cirurgia ambulatorial geral.

Os principais fatores associados à redução foram:

- insuficiência de demanda regulada;

- oscilações nos encaminhamentos da rede municipal;
- necessidade de maior integração com as Unidades Básicas de Saúde;
- absenteísmo;
- suspensão temporária de procedimentos eletivos em abril;
- formação insuficiente de agenda para pacientes elegíveis.

Indicador – Consultas ambulatoriais eletivas,

A produção efetiva de Cardiologia aumentou de 65 consultas em fevereiro para 87 em março, crescimento de aproximadamente 33,85%. Em abril, o volume permaneceu em 87 consultas.

Apesar da melhora quantitativa, o absenteísmo apresentou crescimento contínuo:

- 13,45% em fevereiro;
- 19,27% em março;
- 20,35% em abril.

Em março, parte relevante da produção foi composta por pacientes reagendados da competência anterior. Em abril, também houve necessidade de reagendamento de parte das consultas para competência subsequente.

O principal fator limitante foi a insuficiência de demanda regulada encaminhada pela Central de Regulação Ambulatorial, mesmo com a manutenção da oferta de

vagas pela unidade. Dessa forma, a capacidade instalada permaneceu superior à demanda efetivamente encaminhada.

Em fevereiro, março e abril, o Plano de Parto apresentou desempenho superior à meta contratual.

Entre os dois meses, houve:

- aumento de 40 para 43 consultas realizadas;
- elevação do percentual de execução de 133,33% para 143,33%;
- redução do absenteísmo de 50,62% para 34,85%.

INDICADOR 31 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – EXAMES ELETIVOS

O SADT foi o grupo que apresentou a evolução mais expressiva no trimestre.

Entre fevereiro e março, houve aumento de 142 exames, equivalente a aproximadamente 7,75%. Entre março e abril, o crescimento foi de 907 exames, correspondente a aproximadamente 45,92%.

Na comparação entre fevereiro e abril, o aumento foi de 1.049 exames, ou aproximadamente 57,23%.

O percentual de execução evoluiu de 57,28% em fevereiro para 81,99% em abril, demonstrando recuperação importante da produção diagnóstica.

A melhora esteve relacionada a:

- regularização de agendas;
- aumento da produção de radiodiagnóstico;
- recuperação da ultrassonografia;
- aumento dos ecocardiogramas adulto e infantil;
- utilização de pacientes reagendados de competências anteriores;
- adoção de plataforma específica de comunicação a partir de 14 de abril.

Março foi o melhor mês em produção absoluta, com 332 exames. Em abril, houve redução para 301 exames, mas o resultado permaneceu acima da meta.

A mamografia foi um dos indicadores mais estáveis e apresentou desempenho satisfatório nos três meses, especialmente quando comparada a outros exames de maior volume.

O radiodiagnóstico apresentou crescimento expressivo em volume, passando de 689 exames em fevereiro para 1.331 em abril, aumento aproximado de 93,18%.

Apesar da evolução quantitativa, o percentual de execução permaneceu próximo de 67% em março e abril, devido ao elevado volume da meta contratual.

Em fevereiro, o resultado foi especialmente prejudicado por:

- baixa utilização das vagas pela Central de Regulação;
- perda primária de 849 vagas;
- cancelamento de 749 exames;

- problemas técnicos no equipamento;
- falhas no WhatsApp para confirmação dos pacientes.

Em abril, houve melhora operacional, mas ainda foram registrados:

- 535 faltas;
- 321 cancelamentos;
- absenteísmo de 24,24%.

A aquisição da plataforma específica de comunicação em 14 de abril representa uma medida corretiva relevante para a redução de cancelamentos e faltas.

A ultrassonografia apresentou queda entre fevereiro e março, seguida de forte recuperação em abril.

Entre março e abril, o número de exames aumentou de 427 para 898, crescimento aproximado de 110,30%.

O desempenho de abril foi favorecido por 271 pacientes reagendados de competências anteriores, que representaram parte significativa da produção total. Dos 898 exames realizados, 627 pertenciam à competência atual e 271 eram de períodos anteriores.

Apesar do resultado positivo, o indicador apresentou absenteísmo elevado em abril, de 29,01%, com 257 faltas.

O exame manteve desempenho superior à meta em todos os meses, com pequena oscilação na produção.

Em abril, não foram registradas faltas, cancelamentos ou outras intercorrências, demonstrando estabilidade e adequado aproveitamento da agenda.

Ecocardiograma adulto e infantil

O indicador apresentou crescimento contínuo, tanto em volume quanto em percentual de execução.

Entre fevereiro e abril, houve aumento de 17 exames, aproximadamente 31,48%. Março e abril apresentaram produção acima da meta contratual.

Teste ergométrico

A produção apresentou queda progressiva, passando de 22 exames em fevereiro para 16 em abril.

Embora o absenteísmo tenha diminuído em abril, foram registrados 18 cancelamentos, fator que contribuiu para a baixa produção do mês.

Eletrocardiograma

O eletrocardiograma apresentou redução gradual na produção e aumento expressivo do absenteísmo em abril.

Entre fevereiro e abril, houve redução de 14 exames, aproximadamente 15,56%. O absenteísmo passou de 28,00% para 39,20%, tornando-se um dos principais fatores de perda de produção do indicador.

Biópsia de próstata

O indicador apresentou forte redução entre fevereiro e março e permaneceu estável em abril.

A produção caiu pela metade, de 6 para 3 exames, enquanto o absenteísmo passou de zero para 50%. O desempenho demonstra elevada sensibilidade do indicador à ausência de poucos pacientes, devido ao pequeno número de vagas ofertadas.

Endoscopia

A endoscopia apresentou queda em março e recuperação em abril.

Abril foi o melhor mês em volume absoluto, com 91 exames. Mesmo assim, o resultado permaneceu abaixo da meta, em razão de faltas e cancelamentos.

Colonoscopia

A colonoscopia apresentou estabilidade entre fevereiro e março e pequena recuperação em abril.

O indicador permaneceu abaixo da meta nos três meses, com impacto de faltas, perda primária de vagas e cancelamentos.

Ecocardiograma fetal

O ecocardiograma fetal não apresentou produção nos três meses.

7. Absenteísmo, cancelamentos e aproveitamento das agendas

O absenteísmo foi um dos principais fatores de perda de produção em todos os meses analisados.

Em abril, foram registradas 1.020 faltas no SADT, correspondendo a 23,78% dos pacientes agendados. Os maiores percentuais foram observados em:

- Biópsia de próstata: 50,00%;

- Eletrocardiograma: 39,20%;
- Ultrassonografia: 29,01%;
- Colonoscopia: 25,66%;
- Ecocardiograma adulto e infantil: 24,73%;
- Radiodiagnóstico: 24,24%.

Além das faltas, os cancelamentos também tiveram impacto relevante. Em abril, foram registrados 352 cancelamentos, associados principalmente a problemas de comunicação via WhatsApp. A situação foi resolvida com a aquisição de uma plataforma específica de comunicação em 14 de abril.

A comparação entre os meses evidencia que o baixo desempenho não decorreu exclusivamente da capacidade instalada. Em vários indicadores, a unidade disponibilizou número de vagas superior à meta, mas a produção efetiva foi reduzida por:

- baixa ocupação das agendas pela regulação municipal;
- perda primária de vagas;
- faltas;
- cancelamentos;
- ausência de profissionais;
- problemas técnicos;
- reagendamentos;

- suspensão temporária de procedimentos em abril.

8. Principais avanços observados no trimestre

- Crescimento das cirurgias eletivas hospitalares em março.
- Recuperação importante da produção do SADT em abril.
- Aumento contínuo do radiodiagnóstico em volume absoluto.
- Forte recuperação da ultrassonografia em abril.
- Crescimento dos ecocardiogramas adulto e infantil.
- Manutenção do desempenho da vasectomia em 100% da meta.
- Desempenho superior à meta no mapeamento de endometriose.
- Desempenho satisfatório da mamografia nos três meses.
- Recuperação da endoscopia em abril.
- Manutenção da assistência de urgência e emergência durante a intervenção estrutural.
- Redução do absenteísmo do Plano de Parto entre fevereiro e março.
- Adoção de medidas corretivas para aperfeiçoar a comunicação com os pacientes.

09. Análise integrada dos fatores determinantes

Os resultados do trimestre indicam que a produção assistencial foi determinada por uma combinação de fatores internos e externos.

A unidade manteve oferta de vagas e demonstrou capacidade operacional em diversas linhas, mas a produção efetiva foi limitada quando a demanda regulada não ocupou integralmente as agendas. Esse fator foi particularmente relevante nas consultas de Cardiologia, no radiodiagnóstico e nas cirurgias ambulatoriais.

O absenteísmo também afetou diretamente os resultados. Em indicadores de pequeno volume, como Biópsia de Próstata e Ecocardiograma Fetal, a falta de poucos pacientes ou a ausência de um profissional provocou impacto proporcionalmente elevado.

Em abril, houve ainda um fator estrutural específico, com suspensão dos procedimentos eletivos entre 7 e 17 de abril. Esse evento explica parte da redução observada nas cirurgias hospitalares e ambulatoriais.

Por outro lado, a melhoria do SADT em abril demonstra que a unidade possui capacidade de recuperação quando há maior ocupação das agendas, utilização de pacientes reagendados, regularização dos fluxos e redução das barreiras operacionais.

10. Considerações finais

A comparação entre fevereiro, março e abril de 2026 demonstra que:

Março foi o melhor mês para as cirurgias eletivas hospitalares, com 133 procedimentos e 91,72% de execução da meta. Abril foi o melhor mês para o SADT, com 2.882 exames e 81,99% de execução, resultado impulsionado principalmente pela recuperação da ultrassonografia, pelo crescimento do radiodiagnóstico e pela manutenção do desempenho dos ecocardiogramas.

As cirurgias ambulatoriais apresentaram tendência desfavorável, com redução contínua da produção ao longo do trimestre. As consultas de Cardiologia melhoraram em volume, mas permaneceram limitadas pela demanda regulada e pelo aumento do absenteísmo. O Plano de Parto apresentou desempenho superior à meta nos meses com produção informada.

A análise também evidencia que a capacidade instalada da unidade frequentemente foi superior à produção realizada. Dessa forma, a melhoria dos resultados depende não apenas da organização interna, mas da integração entre a unidade hospitalar, a Central de Regulação Ambulatorial, as Unidades Básicas de Saúde e os pacientes.

As prioridades para a recuperação e sustentação dos indicadores são:

- fortalecer o alinhamento com a Central de Regulação Ambulatorial;
- melhorar a previsibilidade da demanda encaminhada;
- qualificar os encaminhamentos realizados pela rede municipal;
- manter confirmação prévia dos pacientes;
- utilizar listas de suplência para reposição de faltosos;
- acompanhar sistematicamente o absenteísmo;
- monitorar os pacientes reagendados;
- regularizar a contratação de profissionais para Coloproctologia e Ecocardiograma Fetal;
- aperfeiçoar o planejamento cirúrgico;

- realizar conferência antecipada de materiais e equipamentos;
- manter a plataforma de comunicação com os pacientes;
- acompanhar a produção por especialidade e por tipo de exame;
- avaliar separadamente os efeitos de fatores externos sobre o cumprimento das metas.

Em síntese, o trimestre foi marcado por recuperação expressiva do diagnóstico ambulatorial, desempenho cirúrgico hospitalar oscilante e redução progressiva das cirurgias ambulatoriais. A consolidação das medidas de regulação, comunicação, contratação profissional e organização das agendas será determinante para ampliar a produção efetiva e aproximar os resultados das metas pactuadas.

6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise global dos indicadores referentes ao período de fevereiro a abril de 2026 demonstra desempenho satisfatório do Hospital Municipal de Araucária, com resultados positivos nas áreas assistencial, administrativa e operacional. Observa-se evolução e melhoria em importantes indicadores de qualidade, especialmente na adesão ao protocolo de cirurgia segura, que alcançou 100% em abril, na redução das infecções do trato urinário e da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, além da ausência de registros de quedas e úlceras por pressão no período.

Além disso, foram observados resultados satisfatórios quanto à taxa global de infecção hospitalar, à pneumonia associada à ventilação mecânica, às altas referenciadas, ao envio do censo hospitalar, à emissão das AIHs, às respostas aos usuários e à taxa de readmissão hospitalar em 30 dias, que permaneceu abaixo do limite estabelecido. Destaca-se, ainda, a manutenção da equipe médica completa, dos coordenadores das especialidades e da presença do diretor técnico, conforme as exigências contratuais.

No âmbito quantitativo, a unidade superou a meta de saídas hospitalares nos três meses avaliados e apresentou aumento expressivo na realização de exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação, especialmente no mês de abril. Apesar dos avanços alcançados, alguns indicadores de produção, como cirurgias eletivas, consultas ambulatoriais e cirurgias ambulatoriais eletivas, permaneceram abaixo das metas pactuadas, demandando

acompanhamento contínuo e adoção de estratégias para ampliação da oferta e otimização dos fluxos assistenciais.

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

De modo geral, os resultados evidenciam o compromisso da S3 Gestão em Saúde com a melhoria contínua dos serviços, a segurança do paciente, a transparência da gestão e o cumprimento das obrigações previstas no Contrato de Gestão nº 023/2026. As oscilações identificadas serão monitoradas pela gestão, com o objetivo de fortalecer os resultados alcançados, corrigir eventuais desvios e promover a evolução dos indicadores nos próximos períodos.

Araucária – PR, 03 agosto de 2026.

Diretoria Geral
Hospital Municipal de Araucária – HMA



Diretoria Técnica

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Gerência Assistencial

Hospital Municipal de Araucária – HMA