



GESTÃO EM SAÚDE

Mais de
70 anos
de assistência

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA
CONTRATO DE GESTÃO Nº 023/2026



GESTÃO EM SAÚDE

Mais de
70 anos
de assistência

**RELATÓRIO MENSAL COM CUMPRIMENTO DE METAS
QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS**

ABRIL/2026

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
OBJETIVO.....	5
CONTEXTUALIZAÇÃO.....	6
METAS QUALITATIVAS.....	7
METAS QUANTITATIVAS	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98

1.

INTRODUÇÃO

A S3 Gestão em Saúde, na condição de gestora do Hospital Municipal de Araucária, com Contrato de Gestão nº 023/2026, com prazo de vigência de 24 (vinte e quatro) meses, contando a partir de 01 de fevereiro de 2026, atua desempenhando as melhores práticas de gestão para alcance das metas pactuadas, com foco na garantia do acesso às ações e serviços prestados para produção da saúde, com resolutividade e segurança da assistência ao paciente conforme preconizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

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

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

Assim, este documento é o **terceiro (3º)** Relatório de Prestação de Contas do Contrato de Gestão Nº 023/2026, onde será possível apresentar o desempenho da equipe no período de **01 a 30 de abril de 2026**, avaliar os fatores, sejam eles de doença ou sociais que influenciaram nos resultados e na execução das metas contratuais quantitativas e qualitativas, bem como outros fatos relevantes ocorridos no período.

2.

OBJETIVO

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

3.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente relatório tem por objetivo apresentar e descrever as atividades assistenciais desenvolvidas no Hospital Municipal de Araucária (HMA), durante o mês de abril/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.

4.

METAS QUALITATIVAS

Durante o mês em análise, a performance atingiu 81,00 pontos de um total de 100 (cem) possíveis nos indicadores qualitativos do contrato, considerando os pesos atribuídos a cada indicador conforme previsto contratualmente.

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

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

Tabela 1: Indicadores Qualitativos, Abril 2026.

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
1	Taxa ocupação Pediátrica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	67,30%	0
2	Taxa de ocupação da Cirurgia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	87,70%	2
3	Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	82,37%	2
4	Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	78,7%	0
5	Taxa de ocupação do UCIN	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	26,67%	0
6	Taxa de ocupação Internação Clínica Médica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	97,60%	2
7	Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	90,37%	2



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
8	Taxa de ocupação da UTI Pediátrica	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	71,11%	0
9	Taxa de ocupação da Unidade Neonatal	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	70,67%	0
10	Manter a Média de Permanência da Pediatria	≤ 04 dias	2	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	1,79	2
11	Manter a Média de Permanência da Cirurgia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	1,73	3
12	Manter a Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,19	3
13	Manter a Média de Permanência da UCIN	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	12,00	0
14	Manter a Média de Permanência da Clínica Médica	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	3,16	3

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
15	Manter a Média de Permanência da UTI Adulto	≤ 7 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	5,55	4
16	Manter a Média de Permanência da UTI Pediátrica ≤ 10 dias	≤ 10 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica x 100	9,14	4
17	Manter a Média de Permanência na Unidade Neonatal	≤ 14 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica x 100	9,64	4
18	Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados	$\leq 4\%$	2	Nº de cirurgias realizadas no dia/Nº de cirurgias programadas no mapa cirúrgico do dia anterior) x 100	0%	2
19	Proporção de partos vaginais	$\geq 65\%$	1,5	Total de partos vaginais/ total de partos realizados) x 100	50%	0
20	Taxa de Mortalidade Não Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos após 24h e/ou internação / total saídas) x 100	0,72%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
21	Taxa de Mortalidade Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos após 24h e/ou Internação / total saídas) x 100	2,17%	0,5
22	Taxa de Mortalidade Materna/Infantil Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos maternos Ocorridos em estabelecimentos de saúde / total saídas) x 100	0,00%	0,5
23	Taxa de Mortalidade Cirúrgica	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos até sete dias após procedimento cirúrgico/Nº cirurgias realizadas) x 100	0,57%	0,5

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
24	Taxa de acolhimento com classificação de risco por Enfermeiro aos usuários atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico	≥ 98%	0,5	Nº total de pacientes classificados / Nº total de pacientes atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico. X 100	98,82%	0,5
25	Tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco	≤ 8 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera para classificação de Risco de todos os pacientes / Nº total de pacientes atendidos)	00:02:34	0,5
26	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico - Risco Azul/Não Urgente	≤ 240 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes não urgente/Nº total de pacientes Não Urgentes não atendidos	00:51:27	0,5
27	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Verde/ Pouco Urgente	≤ 120 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Pouco Urgente/Nº total de pacientes Pouco Urgente não atendidos	00:48:10	0,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
28	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico - Risco Amarelo/Urgente	≤ 60 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Urgentes/Nº total de pacientes Urgentes não atendidos.	00:31:47	0,5
29	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Laranja/ Muito Urgente	≤ 10 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Muito Urgente /Nº total de pacientes Muito Urgente não atendidos	00:08:00	0,5
30	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico- Risco Vermelho/ Emergência	Imediato	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Emergência /Nº total de pacientes Emergência não atendidos.	Imediato	0,5
31	Tempo médio permanência no PS Geral < 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	04:16:00	1,5
32	Tempo médio permanência no PS Obstétrico 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	01:59:00	1,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
33	Tempo médio permanência no PA Infantil 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	05:28:00	1,5
34	Taxa Global de Infecção Hospitalar	$\leq 2\%$	2	(Nº de infecções hospitalares / total saídas) x 100	0,90%	2
35	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM)	≤ 10	2	(Nº de pacientes com pneumonia associada à VM / VM dia) x 1.000	7,46	2
36	Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV)	≤ 1	2	(Nº de pacientes com ITU associada à CV / CV dia) x 1.000.	0	2
37	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea	≤ 10	2	(Nº de pacientes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC/CVC dia) x 1.000	6,17	2

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	associada ao cateter venoso central (CVC)					
38	Incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas	≤ 1	2	(Nº de ISC em cirurgias limpas/Nº de cirurgias limpas realizadas) x 100	1,91%	0
39	Incidência de quedas de pacientes internados	≤ 1	2	(Nº de quedas / Nº de pacientes dia) x 1000.	0,00%	2
40	Incidência de Lesões de Pele (LP) em pacientes internados	≤ 5	2	(Nº de casos novos de pacientes com LP/ Nº total de pacientes internados no período) x 100	0,00%	2
41	Apresentar taxa de cumprimento do Checklist de Cirurgia Segura do protocolo de cirurgia segura	Cumprido = 1,00 Não Cumprido=0,0	1	(Nº de checklists de cirurgia segura preenchidos corretamente / Nº total de cirurgias realizadas) x 100.	100,00%	1
42	Disponibilizar 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial,	100%	1	(Total de SADT eletivo disponibilizado no Sistema de informação/ Meta pactuada para SADT eletivo) x 100.	117,47%	1



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital					
43	Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital	100%	1	(Total de primeiras consultas disponibilizadas no Sistema de Informação/ Meta pactuada para primeiras consultas) x 100.	121,74%	1
44	Realizar 100% das confirmações de presença e faltados pacientes eletivos agendados no Sistema de Informação utilizado pela SMSA.	100%	1	(Total de confirmações de presença e falta realizadas no Sistema de informação da SMSA/ Total de agendamentos) x100.	59,61%	0



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



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

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
47	Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% (cem por cento) das puérperas e dos recém-nascidos (RN) egressos nas Unidades de Saúde	100%	1,5	(Total de agendamentos de puérperas e RN de alta referenciada realizados / Total de saídas hospitalares) x 100.	100%	1
48	Percentual de reinternações em até 30 dias inferior a 20%.	≤ 20%	1,5	(Nº de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Nº total de internações hospitalares) X 100	8,44%	1,5
49	Garantir 100% de aprovação das AIH's apresentadas, referentes aos internamentos no mês subsequente à ocorrência.	100%	1,5	(AIH's aprovadas/ AIH's apresentadas) x 100.	100%	1,5
50	Respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão,	≥ 80%	1	Total respostas dadas aos usuários no prazo/Total de Manifestações ocorridas no mês) x 100	100%	1



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo					
51	Garantir a efetividade do Comitê de Avaliação de Prontuário do Paciente em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
52	Garantir a efetividade da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
53	Garantir a efetividade do Comitê de Avaliação e Revisão de Óbitos geral/ materno, fetal e neonatal em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
54	Garantir a efetividade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
55	Garantir a efetividade da Comissão de Ética Médica e de Enfermagem em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	0	0
56	Garantir a efetividade da Comissão de	Atende = 1 ,0	1	Apresentar documento com nome e função dos	100%	1



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	padronização de medicação e novas Tecnologias em conformidade com a Legislação vigente	Não Atende = 0,00		Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.		
57	Garantir a efetividade da Comissão de cuidados paliativos em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
58	Garantir a efetividade do Comitê transfusional em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
59	Garantir a efetividade da Comissão de proteção radiológica em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	0	1

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
60	Garantir a efetividade da Comissão de humanização em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
61	Garantir a efetividade Núcleo Interno de Regulação/ Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
62	Garantir a efetividade do Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
63	Garantir a efetividade do Núcleo de Educação Permanente em	Atende = 1 ,0	1	Apresentar documento com nome e função dos	100%	1

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	conformidade com a Legislação vigente	Não Atende = 0,00		Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.		
64	Garantir a efetividade do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
65	Garantir a efetividade do Serviço de Atendimento ao Usuário em conformidade com a Legislação vigente	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Apresentar documento com nome e função dos Componentes, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma.	100%	1
66	Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os	Atende = 1 ,0 Não Atende = 0,00	1	Auditoria analítica, de 10 prontuários de Clínicas: Médica, Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica e UTI adulto e Neonatal. Serão analisados os Registros: Rotineiro; Plantonista; exames laboratoriais, de imagem e evolução; de	88%	0



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria Profissional			Intercorrências; de conduta / plano.		
67	Manter Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente	≥75%	1	(Nº de Funcionários Capacitados em Metas de Segurança / Nº Total de Funcionários) x 100	75%	1
68	Manter Índice de Atualização Profissional em Práticas Assistenciais maior que 60%	60%	1	(Nº de Funcionários Capacitados / Nº Total de Funcionários) x 100	93%	1
TOTAL			100	PONTUAÇÃO FINAL 81,00		

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE OCUPAÇÃO

Indicador 01 - Taxa ocupação Pediátrica, Abril.2026.

No mês de abril de 2026, a Clínica Pediátrica do Hospital Municipal de Araucária apresentou desempenho assistencial avaliado com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando como principal parâmetro a produção formal por meio das altas hospitalares auditadas, associadas à média de permanência e aos indicadores assistenciais.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy referente à Clínica Pediátrica, a unidade apresentou taxa de ocupação hospitalar de 49,00%, total de 147 pacientes-dia e média de permanência de 1,79 dias, considerando 10 leitos ativos durante o período analisado. Entretanto, observou-se inconsistência metodológica relevante nos relatórios do sistema, principalmente em relação às internações inferiores a 24 horas, que não estão sendo devidamente contabilizadas pelo Tasy. Tal situação reduz artificialmente o quantitativo de pacientes-dia e impacta diretamente a média de permanência hospitalar, comprometendo a análise real da produtividade assistencial da unidade.

No período analisado, foram registradas 101 altas hospitalares auditadas referentes à Clínica Pediátrica, representando produção hospitalar formal, validada e passível de auditoria institucional.

Indicador 01 - Análise crítica e plano de ação

A análise dos indicadores demonstra que os relatórios atualmente extraídos do sistema Tasy apresentam falhas metodológicas importantes para avaliação da ocupação hospitalar da Clínica Pediátrica. Foi identificado que pacientes com internação inferior a 24 horas não são devidamente quantificados pelo sistema, reduzindo artificialmente o número de pacientes-dia e diminuindo a média de permanência hospitalar.

Tal situação compromete diretamente a interpretação da produção assistencial real da unidade, especialmente em um setor pediátrico caracterizado por elevada rotatividade clínica e grande volume de internações de curta permanência.

Diante dessa inconsistência, optou-se pela utilização da metodologia baseada em altas hospitalares auditadas, considerando tratar-se de produção formal validada, permitindo análise mais compatível com a realidade operacional da Clínica Pediátrica.

Para análise do período, foram consideradas 101 altas hospitalares auditadas, utilizando média histórica de permanência de 2 dias e capacidade instalada de 10 leitos ativos. A estimativa de pacientes-dia foi realizada utilizando a tabela a seguir:

CÁLCULO DA TAXA DE OCUPAÇÃO – CLÍNICA PEDIÁTRICA

1. PARÂMETROS UTILIZADOS

	Altas Hospitalares Auditadas	101
	Média Histórica de Permanência (dias)	2
	Capacidade Instalada (leitos ativos)	10
	Dias do Mês	30

2. FÓRMULA UTILIZADA

Taxa de Ocupação (%) = (Altas × Média de Permanência) / (Leitos × Dias do Mês) × 100

3. CÁLCULO REALIZADO

Taxa de Ocupação (%)

=

$$\frac{101 \times 2}{10 \times 30}$$

× 100

=

67,3%

4. RESULTADO

Resultado estimado da taxa de ocupação hospitalar:

67,3%

Fonte: Sistema de Informação HMA, Abril 2026.

Importante destacar que a análise da taxa de ocupação da Clínica Pediátrica deve considerar as particularidades operacionais e assistenciais inerentes ao perfil da unidade. Eventualmente, ocorre movimentação de pacientes oriundos do alojamento conjunto materno-infantil para a Clínica Pediátrica, estabelecendo interface assistencial com a Clínica Obstétrica. Entretanto, embora exista essa interrelação pontual entre os setores, trata-se de unidades com características assistenciais distintas, cuja análise conjunta dos indicadores demanda interpretação técnica individualizada.

O alojamento conjunto integra diretamente a estrutura hospitalar de internação obstétrica e neonatal, apresentando perfil compatível com indicadores hospitalares clássicos, incluindo taxa de ocupação, média de permanência e pacientes-dia. Em contrapartida, a Clínica Pediátrica vinculada ao Pronto Atendimento Infantil (P.A.I.) possui perfil assistencial predominantemente pré-hospitalar fixo, direcionado ao atendimento de

baixa complexidade, com elevada rotatividade de pacientes, permanências reduzidas e significativa ocorrência de observações clínicas inferiores a 24 horas.

Diante desse contexto operacional, a utilização isolada de indicadores hospitalares tradicionais para análise da Clínica Pediátrica vinculada ao P.A.I. apresenta limitações metodológicas relevantes no modelo SIH/SUS, especialmente em razão da subnotificação de atendimentos de curta permanência nos relatórios automatizados do sistema Tasy, comprometendo a fidedignidade dos cálculos relacionados a pacientes-dia, média de permanência e taxa de ocupação hospitalar.

A análise baseada em altas hospitalares auditadas demonstra maior compatibilidade com a realidade operacional da unidade, permitindo melhor correlação entre a produção assistencial efetivamente realizada e os indicadores institucionais apresentados.

Como plano de ação, recomenda-se revisão técnica da parametrização dos relatórios gerenciais do sistema Tasy, com validação conjunta entre faturamento, Tecnologia da Informação, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Coordenação Assistencial, visando correção das inconsistências relacionadas às internações inferiores a 24 horas. Recomenda-se ainda padronização institucional da metodologia de análise dos indicadores assistenciais, estabelecendo diferenciação técnica entre os dados relacionados ao alojamento conjunto hospitalar e aqueles vinculados à Clínica Pediátrica do P.A.I., considerando suas distintas naturezas operacionais e assistenciais.

A médio e longo prazo, torna-se necessária revisão estrutural dos relatórios gerenciais e dos critérios institucionais de análise estatística, garantindo maior confiabilidade dos indicadores assistenciais, melhor rastreabilidade das informações hospitalares e maior segurança técnica para utilização gerencial, assistencial e contratual dos dados produzidos.

Indicador 02 - Taxa ocupação da Cirurgia, Abril.2026.

No mês de abril de 2026, o Hospital Municipal de Araucária apresentou sua produção assistencial avaliada com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando como principal parâmetro a análise das altas hospitalares auditadas, associadas à média de permanência e aos indicadores assistenciais.

No período analisado, foram registradas 114 altas hospitalares auditadas referentes à Clínica Cirúrgica, representando a produção formal validada da unidade. Durante o período, houve impacto operacional relacionado à restrição temporária de atendimentos cirúrgicos entre os dias 06 e 13 de abril de 2026, em decorrência da reforma estrutural do Centro Cirúrgico, ocasionando redução da capacidade assistencial e limitação de aceites cirúrgicos da rede de urgência e emergência.

Os relatórios extraídos do sistema Tasy também apresentaram inconsistências relacionadas ao cálculo da taxa de ocupação e média de permanência hospitalar. Conforme relatório institucional da Clínica Cirúrgica, o sistema demonstrou taxa de ocupação de 51,54%, média de permanência de 1,73 dias e total de 201 pacientes-dia.

Entretanto, observou-se que internações com permanência inferior a 24 horas não estão sendo devidamente contabilizadas nos relatórios gerenciais do sistema, gerando redução artificial do número de pacientes-dia e diminuição da média de permanência hospitalar, comprometendo a análise real da produtividade assistencial.

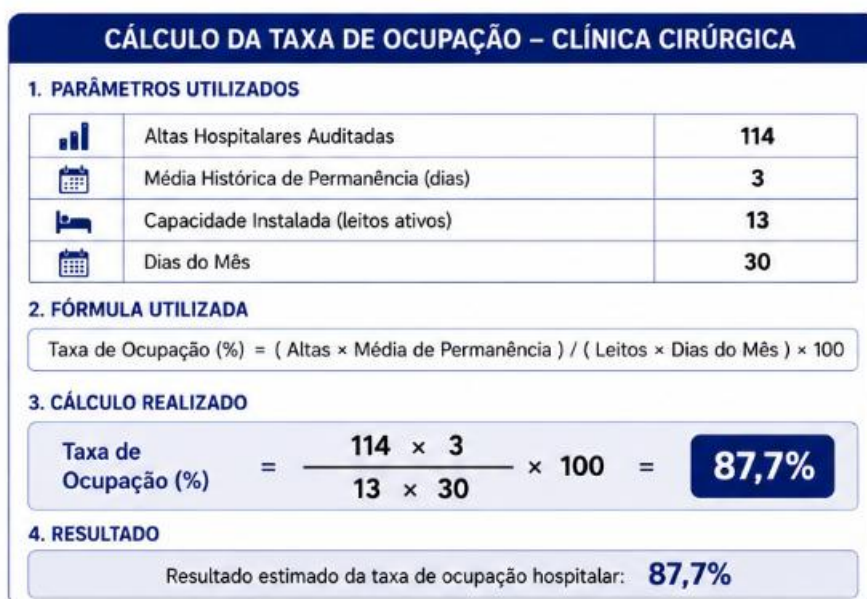
Indicador 02 - Análise crítica e plano de ação

A análise dos indicadores demonstra que os relatórios atualmente extraídos do sistema Tasy possuem limitações metodológicas importantes para avaliação da ocupação hospitalar da Clínica Cirúrgica. Foi identificado que pacientes internados por período inferior a 24 horas não são adequadamente quantificados pelo sistema, reduzindo diretamente o cálculo de pacientes-dia e impactando artificialmente a média de permanência institucional.

Diante dessa inconsistência, optou-se pela utilização da metodologia baseada em altas hospitalares auditadas, considerando tratar-se de produção formal validada pelo SIH/SUS, com maior confiabilidade para avaliação da atividade hospitalar.

Para análise da Clínica Cirúrgica no mês de abril de 2026, foram consideradas 114 altas hospitalares auditadas, utilizando média histórica de permanência de 3 dias e capacidade instalada de 13 leitos ativos.

A estimativa da taxa de ocupação hospitalar foi realizada utilizando a seguinte fórmula:



Fonte: Sistema de Informação HMA, Abril 2026.

A análise baseada em altas hospitalares auditadas demonstra-se mais compatível com a realidade assistencial observada no período, principalmente diante das falhas identificadas no cálculo automatizado de pacientes-dia do sistema Tasy, apresentando resultado estimado de taxa de ocupação hospitalar de 87,7%.

Como plano de ação imediato, recomenda-se revisão técnica dos relatórios gerenciais utilizados atualmente, com validação conjunta entre faturamento, tecnologia da informação, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e coordenação assistencial, visando correção das inconsistências relacionadas às internações inferiores a 24 horas.

No curto prazo, recomenda-se padronização institucional da metodologia de análise da taxa de ocupação hospitalar, priorizando indicadores auditáveis e compatíveis com a produção formal assistencial da unidade.

A médio e longo prazo, torna-se necessária revisão estrutural dos relatórios do sistema Tasy, garantindo maior confiabilidade dos indicadores assistenciais e melhor rastreabilidade das informações hospitalares.

Conclui-se que a utilização da metodologia baseada em altas hospitalares auditadas apresenta maior aderência à realidade operacional da Clínica Cirúrgica, permitindo avaliação mais fidedigna da produção assistencial e da ocupação hospitalar no período analisado.

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

No mês de abril de 2026, o Hospital Municipal de Araucária apresentou análise consolidada da taxa de ocupação hospitalar baseada nos registros assistenciais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando metodologia híbrida entre produção auditada, média histórica de permanência e indicadores assistenciais das unidades de terapia intensiva.

Nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica e Clínica Pediátrica, utilizou-se metodologia baseada em altas hospitalares auditadas associadas à média histórica de permanência, considerando inconsistências identificadas nos relatórios do sistema Tasy, principalmente relacionadas à subnotificação de internações inferiores a 24 horas.

Já nas unidades de terapia intensiva, foram utilizados os dados assistenciais diretamente extraídos dos indicadores institucionais de pacientes-dia e taxa de ocupação hospitalar, por apresentarem maior compatibilidade metodológica com a realidade operacional das unidades críticas.

Durante o período analisado, o hospital apresentou estimativa consolidada de aproximadamente 2.027 pacientes-dia, considerando capacidade instalada de 80 leitos hospitalares ativos.

A taxa de ocupação hospitalar geral foi calculada utilizando a seguinte fórmula:

CÁLCULO DA TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR GERAL – ABRIL/2026

1. PACIENTES-DIA ESTIMADOS POR UNIDADE

UNIDADE	METODOLOGIA	CÁLCULO	PACIENTES-DIA
Clínica Médica	Altas auditadas x Média de Permanência	161 x 4 dias	644
Clínica Cirúrgica	Altas auditadas x Média de Permanência	114 x 3 dias	342
Clínica Obstétrica	Altas auditadas x Média de Permanência	170 x 2,5 dias	425
Clínica Pediátrica	Altas auditadas x Média de Permanência	101 x 2 dias	202
UTI Adulto	Dados do sistema (pacientes-dia registrados)	–	244
UTI Neonatal	Dados do sistema (taxa de ocupação)	70,67% de 5 leitos x 30 dias	106
UCIN	Dados do sistema (taxa de ocupação)	26,67% de 3 leitos x 30 dias	24
UTI Pediátrica	Dados do sistema (taxa de ocupação)	71,11% de 3 leitos x 30 dias	64
TOTAL DE PACIENTES-DIA ESTIMADOS			2.051

2. CAPACIDADE INSTALADA

UNIDADE	LEITOS ATIVOS
Clínica Médica	22
Clínica Cirúrgica	13
Clínica Obstétrica	18
Clínica Pediátrica	10
UTI Adulto	9
UTI Neonatal	5
UCIN	3
UTI Pediátrica	3
TOTAL DE LEITOS ATIVOS	83

	DIAS DO MÊS	30
LEITOS ATIVOS x DIAS DO MÊS		83 x 30 = 2.490

3. CÁLCULO DA TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR GERAL

$$\text{Taxa de Ocupação Geral (\%)} = \frac{\text{Pacientes-dia Totais}}{\text{Leitos Ativos x Dias do Mês}} \times 100 = \frac{2.051}{83 \times 30} \times 100 = \frac{2.051}{2.490} \times 100 = 82,37\%$$



RESULTADO ESTIMADO DA TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR GERAL – ABRIL/2026:

82,37%

Observação: Metodologia híbrida utilizada considerando altas hospitalares auditadas e média de permanência nas unidades de internação e dados de pacientes-dia e taxa de ocupação nas unidades de terapia intensiva e UCIN.

Fonte: Sistema de Informação HMA, Abril 2026.

A análise consolidada demonstra elevada utilização da capacidade instalada hospitalar, compatível com o perfil assistencial da instituição, caracterizada como hospital de urgência e emergência, maternidade de alto risco e referência regional para atendimento crítico.

Importante destacar que o período analisado sofreu impacto operacional decorrente das reformas estruturais relacionadas ao Centro Obstétrico e setores adjacentes, com repercussão direta sobre fluxo assistencial, rotatividade de leitos e dinâmica operacional hospitalar.

Como plano de ação, recomenda-se continuidade da revisão técnica dos relatórios gerenciais do sistema Tasy, visando maior confiabilidade metodológica, rastreabilidade estatística e segurança técnica dos indicadores assistenciais institucionais.

Conclui-se que a metodologia consolidada utilizada apresenta maior compatibilidade com a realidade operacional do Hospital Municipal de Araucária, permitindo avaliação mais fidedigna da ocupação hospitalar geral no período analisado.

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

No mês de abril de 2026, a unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal de Araucária apresentou desempenho assistencial avaliado com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando como principal parâmetro a produção formal por meio das altas hospitalares auditadas, associadas à média de permanência e aos indicadores assistenciais.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy referente à Clínica Obstétrica, a unidade apresentou taxa de ocupação hospitalar de 65,56%, total de 354 pacientes-dia e média de permanência de 2,19 dias, considerando 18 leitos ativos durante o período analisado.

Entretanto, observou-se inconsistência metodológica relevante nos relatórios do sistema, principalmente em relação às internações inferiores a 24 horas, que não estão sendo devidamente contabilizadas pelo Tasy. Tal situação reduz artificialmente o quantitativo de pacientes-dia e impacta diretamente a média de permanência hospitalar, comprometendo a análise real da produtividade assistencial da unidade.

No período analisado, foram registradas 170 altas hospitalares auditadas referentes à unidade de Ginecologia e Obstetrícia, representando produção hospitalar formal, validada e passível de auditoria institucional.

Importante destacar que, entre a partir de 06 de abril o Centro Obstétrico permaneceu em processo de reforma estrutural para troca do telhado, situação que impactou diretamente a dinâmica assistencial da unidade, com interferência operacional na ocupação hospitalar, fluxo obstétrico e capacidade de utilização plena dos leitos.

Indicador 04 - Análise crítica e plano de ação

A análise dos indicadores demonstra que os relatórios atualmente extraídos do sistema Tasy apresentam falhas metodológicas importantes para avaliação da ocupação hospitalar da unidade de Ginecologia e Obstetrícia. Foi identificado que pacientes com internação inferior a 24 horas não são devidamente quantificados pelo sistema, reduzindo artificialmente o número de pacientes-dia e diminuindo a média de permanência hospitalar.

Tal situação compromete diretamente a interpretação da produção assistencial real da unidade, principalmente em um setor obstétrico caracterizado por elevada rotatividade e internações de curta permanência.

Além disso, o período analisado sofreu impacto operacional relevante em razão da reforma estrutural do Centro Obstétrico, realizada entre os dias 06 de abril e 17 de abril de 2026, decorrente da troca do telhado da unidade. A intervenção estrutural interferiu diretamente na dinâmica assistencial e na ocupação hospitalar do setor.

Diante dessas inconsistências, optou-se pela utilização da metodologia baseada em altas hospitalares auditadas, considerando tratar-se de produção formal validada, permitindo análise mais compatível com a realidade operacional da unidade.

Para análise do período, foram consideradas 170 altas hospitalares auditadas, utilizando média histórica de permanência de 2,5 dias e capacidade instalada de 18 leitos ativos.

A estimativa de pacientes-dia foi realizada utilizando a seguinte fórmula:

CÁLCULO DA TAXA DE OCUPAÇÃO – CLÍNICA OBSTÉTRICA

1. PARÂMETROS UTILIZADOS

	Altas Hospitalares Auditadas	170
	Média Histórica de Permanência (dias)	2,5
	Capacidade Instalada (leitos ativos)	18
	Dias do Mês	30

2. FÓRMULA UTILIZADA

Taxa de Ocupação (%) = (Altas × Média de Permanência) / (Leitos × Dias do Mês) × 100

3. CÁLCULO REALIZADO

Taxa de Ocupação (%) = $\frac{170 \times 2,5}{18 \times 30} \times 100 =$ 78,7%

4. RESULTADO

Resultado estimado da taxa de ocupação hospitalar: **78,7%**

Fonte: Sistema de Informação HMA, Abril 2026.

A análise baseada em altas hospitalares auditadas demonstra maior compatibilidade com a realidade operacional da unidade de Ginecologia e Obstetrícia, especialmente diante das inconsistências identificadas no cálculo automatizado de pacientes-dia do sistema Tasy e do impacto estrutural decorrente da reforma do Centro Obstétrico.

Como plano de ação imediato, recomenda-se revisão técnica dos relatórios gerenciais utilizados atualmente, com validação conjunta entre faturamento, tecnologia da

informação, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e coordenação assistencial, visando correção das inconsistências relacionadas às internações inferiores a 24 horas.

No curto prazo, recomenda-se padronização institucional da metodologia de cálculo da taxa de ocupação hospitalar, priorizando indicadores auditáveis e compatíveis com a produção formal assistencial.

A médio e longo prazo, torna-se necessária revisão estrutural dos relatórios gerenciais do sistema Tasy, garantindo maior confiabilidade dos indicadores assistenciais, melhor rastreabilidade das informações hospitalares e maior segurança técnica para análise gerencial.

Conclui-se que a utilização da metodologia baseada em altas hospitalares auditadas apresenta maior aderência à realidade operacional da unidade de Ginecologia e Obstetrícia, permitindo avaliação mais fidedigna da produção assistencial e da ocupação hospitalar no período analisado.

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

No mês de abril de 2026, a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal — UCIN — do Hospital Municipal de Araucária apresentou desempenho assistencial avaliado com base no relatório gerencial de taxa de ocupação referente ao período de 01/04/2026 a 30/04/2026, utilizando como principais parâmetros os indicadores de pacientes-dia, taxa de ocupação hospitalar, número de saídas e média de permanência.

Conforme relatório gerencial extraído referente à UCI Neonatal, a unidade apresentou 4 pacientes atendidos no período, considerando 3 leitos ativos, com total de 24 pacientes-dia, 2 saídas, média de permanência de 12,00 dias e taxa de ocupação hospitalar de 26,67% no mês de abril de 2026.

Indicador 05 - Análise crítica e plano de ação

A análise dos indicadores da UCIN no mês de abril de 2026 demonstra baixa utilização formal da capacidade instalada da unidade. Conforme relatório gerencial, foram registrados 4 pacientes, 3 leitos ativos, 24 pacientes-dia, taxa de ocupação de 26,67%, 2 saídas e média de permanência de 12 dias no período analisado.

Esse resultado deve ser interpretado considerando o perfil assistencial observado no mês. No período, não houve número expressivo de recém-nascidos prematuros que necessitassem de permanência prolongada em unidade de cuidado intermediário neonatal, como suporte para ganho ponderal, transição alimentar, controle térmico, monitorização clínica ou continuidade de cuidados após terapia intensiva.

A baixa ocupação da UCIN, portanto, não representa necessariamente falha de utilização da unidade, mas sim menor demanda assistencial específica para o perfil intermediário neonatal no mês avaliado. Os recém-nascidos acompanhados apresentaram, em sua maioria, evolução clínica favorável, permanecendo na unidade principalmente para finalização de ciclo de antibioticoterapia endovenosa, com manutenção de acesso venoso, e posterior alta diretamente para domicílio após estabilidade clínica.

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

No mês de abril de 2026, a Clínica Médica do Hospital Municipal de Araucária apresentou desempenho assistencial avaliado com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando como principal parâmetro a produção formal por meio das altas hospitalares auditadas, associadas à média de permanência e aos indicadores assistenciais.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy referente à Clínica Médica, a unidade apresentou taxa de ocupação hospitalar de 77,58%, total de 512 pacientes-dia e média de permanência de 3,16 dias, considerando 22 leitos ativos durante o período analisado.

Entretanto, observou-se inconsistência metodológica relevante nos relatórios do sistema, principalmente em relação às internações inferiores a 24 horas, que não estão sendo devidamente contabilizadas pelo Tasy. Tal situação reduz artificialmente o quantitativo de pacientes-dia e impacta diretamente a média de permanência hospitalar, comprometendo a análise real da produtividade assistencial da unidade.

No período analisado, foram registradas 161 altas hospitalares auditadas referentes à Clínica Médica, representando produção hospitalar formal, validada e passível de auditoria no âmbito institucional.

Durante o período, observou-se manutenção de elevada demanda assistencial clínica, associada ao perfil de pacientes com maior complexidade clínica e necessidade de permanência prolongada, impactando diretamente a rotatividade dos leitos e a dinâmica operacional da unidade.

Indicador 06 - Análise crítica e plano de ação

A análise dos indicadores demonstra que os relatórios atualmente extraídos do sistema Tasy apresentam falhas metodológicas importantes para avaliação da ocupação hospitalar da Clínica Médica. Foi identificado que pacientes com internação inferior a 24 horas não são devidamente quantificados pelo sistema, reduzindo artificialmente o número de pacientes-dia e diminuindo a média de permanência hospitalar.

Tal situação compromete diretamente a interpretação da produção assistencial real da unidade, especialmente em setores de elevada rotatividade clínica e admissões de curta permanência.

Diante dessa inconsistência, optou-se pela utilização da metodologia baseada em altas hospitalares auditadas, considerando tratar-se de produção formal validada, permitindo análise mais compatível com a realidade operacional da Clínica Médica.

Para análise do período, foram consideradas 161 altas hospitalares auditadas, utilizando média histórica de permanência de 4 dias e capacidade instalada de 22 leitos ativos.

A estimativa de pacientes-dia foi realizada utilizando a seguinte fórmula:

CÁLCULO DA TAXA DE OCUPAÇÃO – CLÍNICA MÉDICA

1. PARÂMETROS UTILIZADOS

	Altas Hospitalares Auditadas	161
	Média Histórica de Permanência (dias)	4
	Capacidade Instalada (leitos ativos)	22
	Dias do Mês	30

2. FÓRMULA UTILIZADA

$$\text{Taxa de Ocupação (\%)} = \left(\frac{\text{Altas} \times \text{Média de Permanência}}{\text{Leitos} \times \text{Dias do Mês}} \right) \times 100$$

3. CÁLCULO REALIZADO

Taxa de Ocupação (%)

$$= \frac{161 \times 4}{22 \times 30} \times 100$$

= **97,6%**

4. RESULTADO

Resultado estimado da taxa de ocupação hospitalar: 97,6%

Fonte: Sistema de Informação HMA, Abril 2026.

A análise baseada em altas hospitalares auditadas demonstra maior compatibilidade com a realidade operacional da Clínica Médica, especialmente diante das inconsistências identificadas no cálculo automatizado de pacientes-dia do sistema Tasy.

Como plano de ação imediato, recomenda-se revisão técnica dos relatórios gerenciais utilizados atualmente, com validação conjunta entre faturamento, tecnologia da informação, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e coordenação assistencial, visando correção das inconsistências relacionadas às internações inferiores a 24 horas.

No curto prazo, recomenda-se padronização institucional da metodologia de cálculo da taxa de ocupação hospitalar, priorizando indicadores auditáveis e compatíveis com a produção formal assistencial.

A médio e longo prazo, torna-se necessária revisão estrutural dos relatórios gerenciais do sistema Tasy, garantindo maior confiabilidade dos indicadores assistenciais, melhor rastreabilidade das informações hospitalares e maior segurança técnica para análise gerencial.

Conclui-se que a utilização da metodologia baseada em altas hospitalares auditadas apresenta maior aderência à realidade operacional da Clínica Médica, permitindo avaliação mais fidedigna da produção assistencial e da ocupação hospitalar no período analisado.

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

No mês de abril de 2026, a UTI Adulto do Hospital Municipal de Araucária apresentou desempenho assistencial avaliado com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando como principal parâmetro os indicadores assistenciais relacionados à ocupação hospitalar, pacientes-dia e média de permanência.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy referente à UTI Adulto, a unidade apresentou taxa de ocupação hospitalar de 90,37%, total de 244 pacientes-dia e média de permanência de 5,55 dias, considerando 9 leitos ativos durante o período analisado.

Durante o período, observou-se elevada taxa de ocupação da unidade, compatível com o perfil assistencial de terapia intensiva, caracterizado por pacientes críticos e permanências hospitalares prolongadas.

Importante destacar que, entre os dias 06 de abril e 17 de abril de 2026, o Centro Obstétrico permaneceu em processo de reforma estrutural para troca do telhado, situação que impactou diretamente a dinâmica assistencial hospitalar, com repercussão indireta sobre fluxo interno de pacientes críticos, utilização de leitos e organização assistencial da instituição.

Indicador 07 - Análise crítica e plano de ação

A análise dos indicadores demonstra que, diferentemente das enfermarias de internação clínica e cirúrgica, os relatórios atualmente extraídos do sistema Tasy referentes à UTI Adulto apresentam maior confiabilidade metodológica para avaliação da ocupação hospitalar e média de permanência.

Observa-se que, no cenário de terapia intensiva, é praticamente inexistente o quantitativo de pacientes com internação inferior a 24 horas. Dessa forma, não há impacto significativo relacionado à perda de contabilização de pacientes-dia pelo sistema, tornando os indicadores assistenciais apresentados mais compatíveis com a realidade operacional da unidade.

Além disso, não se demonstra adequada a utilização da metodologia baseada em AIH para cálculo da taxa de ocupação da UTI Adulto, considerando que a unidade não gera

AIHs diretamente, mas sim compõe internações vinculadas às especialidades de origem do paciente.

Diante desse contexto, a média de permanência apresentada pelo sistema Tasy demonstra maior fidedignidade operacional, uma vez que praticamente todos os pacientes internados na unidade permanecem por período igual ou superior a 24 horas, permitindo adequada contabilização dos pacientes-dia e manutenção da consistência estatística dos indicadores assistenciais.

A taxa de ocupação hospitalar observada de 90,37% demonstra elevada utilização da capacidade instalada da unidade, compatível com perfil de hospital de urgência e emergência e com a demanda assistencial apresentada no período analisado.

A média de permanência de 5,55 dias também se mantém compatível com o perfil clínico dos pacientes críticos admitidos na UTI Adulto, sem evidências relevantes de inconsistência metodológica nos dados apresentados pelo sistema.

Importante considerar que o período analisado sofreu impacto operacional indireto decorrente da reforma estrutural do Centro Obstétrico, realizada entre os dias 06 de abril e 17 de abril de 2026, fator que influenciou a dinâmica institucional, fluxos assistenciais e organização interna de leitos hospitalares.

Como plano de ação imediato, recomenda-se manutenção do monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais da UTI Adulto, com auditoria periódica entre registros assistenciais, prontuário eletrônico e relatórios gerenciais do sistema Tasy, visando garantir rastreabilidade e confiabilidade dos dados institucionais.

No curto prazo, recomenda-se fortalecimento da integração entre UTI, Núcleo Interno de Regulação (NIR), enfermagem e coordenação médica, com foco na otimização do fluxo assistencial, rotatividade de leitos críticos e redução de permanências prolongadas evitáveis.

A médio e longo prazo, torna-se necessária continuidade do aperfeiçoamento dos relatórios gerenciais institucionais, garantindo maior segurança técnica na análise dos indicadores hospitalares e sustentação adequada das decisões gerenciais.

Conclui-se que os indicadores apresentados pela UTI Adulto demonstram elevada compatibilidade com a realidade operacional da unidade, apresentando adequada

confiabilidade metodológica para avaliação da ocupação hospitalar e média de permanência no período analisado.

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

No mês de abril de 2026, a UTI Pediátrica do Hospital Municipal de Araucária apresentou desempenho assistencial avaliado com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando como principal parâmetro os indicadores assistenciais relacionados à ocupação hospitalar, pacientes-dia e média de permanência.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy referente à UTI Pediátrica, a unidade apresentou taxa de ocupação hospitalar de 71,11%, e média de permanência de 9,14 dias, considerando 3 leitos ativos durante o período analisado.

Entretanto, durante a análise detalhada dos registros assistenciais, observou-se importante distorção metodológica relacionada à utilização operacional dos leitos pediátricos como suporte assistencial neonatal, situação que impacta diretamente a interpretação real da taxa de ocupação da unidade.

Importante destacar também que, entre os dias 06 de abril e 17 de abril de 2026, o Centro Obstétrico permaneceu em processo de reforma estrutural para troca do telhado, situação que interferiu diretamente no fluxo obstétrico e neonatal da instituição, repercutindo sobre a dinâmica assistencial dos leitos críticos neonatais e pediátricos.

Indicador 08 - Análise crítica e plano de ação

A análise dos indicadores demonstra que os relatórios atualmente extraídos do sistema Tasy referentes à UTI Pediátrica apresentam limitações importantes para avaliação real da ocupação assistencial da unidade.

Foi identificado que mais de 65% dos pacientes contabilizados nos leitos classificados administrativamente como “UTI Pediátrica” correspondiam, na prática assistencial, a pacientes neonatais críticos gerenciados pela equipe neonatal, todos apresentando tempo de permanência superior a 4 dias.

Tal situação demonstra que parcela significativa da ocupação formalmente atribuída à UTI Pediátrica foi utilizada como expansão operacional da assistência neonatal intensiva, impactando diretamente a interpretação dos indicadores assistenciais da unidade.

Diante desse cenário, estima-se que a ocupação assistencial real dos leitos utilizados para suporte neonatal crítico tenha ultrapassado 70% no período analisado, especialmente em razão do elevado tempo médio de permanência desses pacientes e da necessidade contínua de suporte intensivo neonatal.

Importante frisar que dificilmente os leitos pactuados como UTI Pediátrica terão sua capacidade plenamente contemplada exclusivamente por pacientes pediátricos, considerando o perfil assistencial atualmente executado pela instituição.

O Hospital Municipal de Araucária possui maternidade de alto risco, gerando demanda neonatal crítica significativamente superior à demanda pediátrica intensiva proveniente do pronto atendimento infantil.

Além disso, o pronto atendimento pediátrico da instituição possui perfil assistencial compatível com unidade primária de atendimento infantil, não caracterizando fluxo contínuo de pacientes pediátricos graves de alta complexidade.

Dessa forma, o correto fluxo assistencial para pacientes com necessidade de terapia intensiva pediátrica consiste no encaminhamento regulado pela Rede de Urgência e Emergência (RUE) para serviços efetivamente referenciados em alta complexidade pediátrica.

Embora o Hospital Municipal de Araucária possua pactuação formal de 3 leitos de UTI Pediátrica, a instituição não possui estrutura completa de retaguarda pediátrica hospitalar para assistência intensiva pediátrica regional, tampouco enfermaria pediátrica (com subespecialidades) regulada como referência para a rede de urgência e emergência.

Importante considerar também o impacto operacional decorrente da reforma estrutural do Centro Obstétrico, realizada entre os dias 06 de abril e 17 de julho de 2026, situação que aumentou a pressão assistencial sobre os fluxos neonatais e influenciou diretamente a utilização dos leitos críticos disponíveis.

Como plano de ação imediato, recomenda-se revisão administrativa e assistencial da classificação dos leitos críticos neonatal e pediátrico no sistema Tasy, garantindo maior

rastreabilidade da utilização real dos leitos e maior precisão na análise dos indicadores hospitalares.

Também se recomenda alinhamento institucional junto à regulação municipal e Rede de Urgência e Emergência (RUE), visando definição mais clara do perfil assistencial efetivamente executado pela instituição em relação aos leitos críticos pediátricos e neonatais.

No curto prazo, recomenda-se auditoria periódica entre prontuário eletrônico, movimentação de leitos e relatórios gerenciais do sistema, objetivando maior confiabilidade estatística dos indicadores assistenciais.

Além disso, faz-se necessária análise estratégica institucional acerca da manutenção do atual modelo pactuado de UTI Pediátrica, considerando que a existência de leitos intensivos pediátricos isolados, sem retaguarda adequada de enfermaria pediátrica, subespecialidades pediátricas e continuidade assistencial estruturada, pode limitar a efetividade do cuidado integral ao paciente crítico pediátrico.

Dessa forma, solicitamos uma discussão técnica junto à gestão municipal e à Rede de Urgência e Emergência (RUE) quanto à adequação do modelo assistencial atualmente pactuado, avaliando sua compatibilidade com o perfil epidemiológico e estrutural efetivamente executado pelo Hospital Municipal de Araucária.

Conclui-se que os indicadores atualmente apresentados pelo sistema Tasy referentes à UTI Pediátrica não refletem integralmente a realidade assistencial praticada no período analisado, havendo utilização predominante dos leitos como suporte neonatal crítico, influenciada pelo perfil obstétrico de alto risco da instituição e pelas limitações estruturais relacionadas à assistência pediátrica intensiva regional.

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

No mês de abril de 2026, a UTI Neonatal do Hospital Municipal de Araucária apresentou desempenho assistencial avaliado com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando como principal parâmetro os

indicadores assistenciais relacionados à ocupação hospitalar, pacientes-dia e média de permanência.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy referente à UTI Neonatal, a unidade apresentou taxa de ocupação hospitalar de 70,67%, e média de permanência de 9,64 dias, considerando 5 leitos ativos durante o período analisado.

Entretanto, durante a análise detalhada dos registros assistenciais, observou-se inconsistência relevante nos dados apresentados pelo sistema, principalmente relacionada à não contabilização de pacientes com internação inferior a 24 horas, situação identificada em mais de 20% dos atendimentos analisados no período.

Importante destacar também que, durante o mês de abril, 6 pacientes permaneceram internados em leito contabilizado administrativamente como “UTI Pediátrica”, todos apresentando permanência superior a 4 dias, situação que impacta diretamente a análise real da ocupação assistencial neonatal.

Além disso, entre os dias 06 de abril e 17 de abril de 2026, o Centro Obstétrico permaneceu em processo de reforma estrutural para troca do telhado, situação que interferiu diretamente na dinâmica obstétrica, fluxo neonatal e organização assistencial da maternidade e UTI Neonatal.

Indicador 09 - Análise crítica e plano de ação

A análise dos indicadores demonstra que os relatórios atualmente extraídos do sistema Tasy referentes à UTI Neonatal apresentam inconsistências metodológicas relevantes para avaliação da ocupação hospitalar real da unidade.

Foi identificado que mais de 20% dos pacientes internados no período não tiveram contabilização adequada de permanência inferior a 24 horas, reduzindo diretamente o cálculo de pacientes-dia e interferindo na taxa de ocupação hospitalar apresentada pelo sistema.

Dessa forma, a taxa de ocupação de 70,67% demonstrada no relatório institucional provavelmente encontra-se subestimada em relação à ocupação assistencial efetivamente praticada na unidade durante o período analisado.

Outro fator relevante identificado refere-se à utilização de leitos classificados administrativamente como “UTI Pediátrica” para assistência neonatal. Durante o período

analisado, 6 pacientes neonatais permaneceram internados nesses leitos, todos com tempo de permanência superior a 4 dias.

Tal situação demonstra que parte relevante da demanda neonatal crítica foi absorvida fora da contabilização formal da UTI Neonatal, impactando diretamente a mensuração real da taxa de ocupação assistencial da unidade.

Considerando a permanência prolongada desses pacientes em leitos utilizados operacionalmente para assistência neonatal, estima-se que a ocupação real da terapia intensiva neonatal tenha ultrapassado 70% no período analisado, possivelmente apresentando taxa superior à oficialmente demonstrada nos relatórios do sistema.

Importante considerar também o impacto operacional decorrente da reforma estrutural do Centro Obstétrico, realizada entre os dias 06 de abril e 17 de abril de 2026, situação que influenciou diretamente o fluxo obstétrico e neonatal, repercutindo sobre admissões, permanência hospitalar e dinâmica assistencial da UTI Neonatal.

Como plano de ação imediato, recomenda-se revisão técnica dos relatórios gerenciais utilizados atualmente, com validação conjunta entre faturamento, tecnologia da informação, Núcleo Interno de Regulação (NIR), coordenação neonatal e equipe assistencial, visando correção das inconsistências relacionadas à contabilização de internações inferiores a 24 horas.

No curto prazo, recomenda-se implementação de auditoria periódica entre prontuário eletrônico, movimentação de leitos e relatórios gerenciais do sistema Tasy, buscando maior confiabilidade estatística dos indicadores hospitalares.

A médio e longo prazo, torna-se necessária revisão estrutural da metodologia institucional de cálculo da ocupação hospitalar neonatal, contemplando adequadamente pacientes assistidos em leitos de retaguarda e situações de expansão operacional temporária da unidade.

Conclui-se que os indicadores atualmente apresentados pelo sistema Tasy não refletem integralmente a ocupação assistencial real da UTI Neonatal no período analisado, havendo evidências de subdimensionamento da taxa de ocupação hospitalar em razão das inconsistências de contabilização identificadas e da utilização operacional de leitos pediátricos para suporte neonatal crítico.



INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – MÉDIA DE PERMANÊNCIA

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

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

No mês de abril de 2026 A Clínica Pediátrica apresentou média de permanência de 1,79 dias e taxa de ocupação de 49,00%, conforme relatório institucional do sistema Tasy. Entretanto, observou-se importante distorção estatística decorrente da não contabilização das internações inferiores a 24 horas, situação especialmente relevante em unidades pediátricas, nas quais existe elevada rotatividade de pacientes e grande volume de internações breves para antibioticoterapia, hidratação venosa e observação clínica. Considerando tais inconsistências, utilizou-se média histórica de permanência de 2 dias baseada nas altas hospitalares auditadas, permitindo análise mais compatível com a produção assistencial efetivamente executada no período.

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

No mês de abril de 2026, a Clínica Cirúrgica apresentou média de permanência de 1,73 dias, conforme relatório gerencial do sistema Tasy, associada à taxa de ocupação institucional de 51,54%. Entretanto, após análise crítica dos dados assistenciais e auditoria das altas hospitalares, identificou-se subnotificação relacionada às internações inferiores a 24 horas, situação que impacta diretamente o cálculo de pacientes-dia e reduz artificialmente a média de permanência hospitalar. Diante disso, para avaliação mais

compatível com a realidade assistencial da unidade, utilizou-se média histórica estimada de 3 dias, baseada nas altas hospitalares auditadas do período.

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

Na Clínica Obstétrica, o sistema Tasy apresentou média de permanência de 2,19 dias, associada à taxa de ocupação hospitalar de 65,56%. Todavia, identificou-se importante limitação metodológica relacionada à não contabilização das internações de curta permanência, especialmente frequentes no perfil obstétrico, caracterizado por alta rotatividade assistencial. Além disso, o período analisado sofreu impacto operacional decorrente da reforma estrutural do Centro Obstétrico, interferindo diretamente na dinâmica assistencial da unidade. Diante desse cenário, adotou-se média histórica de permanência de 2,5 dias como parâmetro assistencial mais compatível com a realidade operacional observada.

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

A análise dos indicadores da UCIN no mês de abril de 2026 demonstra baixa utilização formal da capacidade instalada da unidade. Conforme relatório gerencial, foram registrados 4 pacientes, 3 leitos ativos, 24 pacientes-dia, taxa de ocupação de 26,67%, 2 saídas e média de permanência de 12 dias no período analisado. Contudo, a média de permanência de 12 dias deve ser analisada com cautela, pois esteve intimamente relacionada à permanência prolongada de um único paciente, que permaneceu 16 dias na unidade por condições clínicas específicas. Considerando que o total de pacientes-dia da UCIN no mês foi de 24 pacientes-dia, esse caso isolado representou parcela significativa da ocupação mensal da unidade, influenciando diretamente o resultado final da média de permanência.

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

A Clínica Médica apresentou média de permanência institucional de 3,16 dias, com taxa de ocupação de 77,58% e total de 512 pacientes-dia registrados no sistema. Entretanto, a análise operacional demonstrou inconsistências metodológicas semelhantes às identificadas nas demais enfermarias, especialmente relacionadas à ausência de contabilização adequada das internações inferiores a 24 horas. Considerando o perfil assistencial da unidade, caracterizado por elevada complexidade clínica e importante rotatividade hospitalar, optou-se pela utilização de média histórica de permanência de 4 dias para análise crítica e avaliação mais fidedigna da ocupação hospitalar.

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

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

Em relação às unidades de terapia intensiva adulto, observou-se comportamento metodológico distinto das enfermarias clínicas e cirúrgicas. Na UTI Adulto, a média de permanência registrada foi de 5,55 dias, com taxa de ocupação de 90,37%, demonstrando elevada utilização da capacidade instalada. Diferentemente das enfermarias, os indicadores apresentados pela terapia intensiva demonstram maior confiabilidade metodológica, considerando que a maioria absoluta dos pacientes permanece internada por período igual ou superior a 24 horas, reduzindo significativamente o impacto estatístico relacionado à perda de contabilização de pacientes-dia.

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

A UTI Pediátrica apresentou média de permanência de 9,14 dias e taxa de ocupação de 71,11%. A análise crítica identificou importante interferência operacional decorrente da utilização predominante dos leitos pediátricos como expansão assistencial neonatal, situação que impacta diretamente a interpretação estatística dos indicadores da unidade. Ainda assim, em razão do perfil de permanência prolongada dos pacientes críticos, os

dados referentes à média de permanência demonstram maior confiabilidade quando comparados às enfermarias hospitalares.

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

Na UTI Neonatal, embora o sistema tenha apresentado média de permanência de 9,64 dias e taxa de ocupação de 70,67%, identificaram-se inconsistências relacionadas à não contabilização de parte dos pacientes internados por períodos inferiores a 24 horas, além da utilização operacional de leitos classificados administrativamente como UTI Pediátrica para assistência neonatal crítica. Apesar dessas limitações, a média de permanência neonatal mantém-se relativamente fidedigna, considerando que a maior parte dos pacientes permanece internada por períodos prolongados e superiores a 24 horas.

Média de Permanência - Análise crítica institucional

A análise consolidada dos indicadores demonstra que os relatórios atualmente extraídos do sistema Tasy apresentam limitação metodológica relevante para avaliação da média de permanência hospitalar nas enfermarias clínicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas. Foi identificado que o sistema não realiza contabilização adequada proporcional às horas efetivamente permanecidas pelos pacientes internados, considerando predominantemente internações iguais ou superiores a 24 horas para composição estatística dos pacientes-dia.

Tal limitação provoca redução artificial do número de pacientes-dia, impactando diretamente o cálculo da média de permanência hospitalar e produzindo distorções relevantes na análise da taxa de ocupação institucional e da produtividade assistencial real das unidades.

Essa inconsistência torna-se mais evidente em setores caracterizados por elevada rotatividade assistencial e grande volume de internações de curta permanência, como Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Cirúrgica e parte da Clínica Médica, nas quais significativa parcela dos pacientes permanece internada por períodos inferiores a 24 horas para realização de tratamento clínico, observação hospitalar, antibioticoterapia endovenosa ou estabilização assistencial.

Diante desse contexto, a utilização de médias históricas assistenciais associadas às altas hospitalares auditadas pelo SIH/SUS demonstra maior compatibilidade com a realidade operacional institucional, permitindo avaliação mais fidedigna da ocupação hospitalar e da produção assistencial efetivamente executada.

Por outro lado, nas unidades de terapia intensiva especialmente UTI Adulto, UTI Neonatal e UTI Pediátrica a média de permanência apresentada pelo sistema Tasy demonstra maior confiabilidade metodológica, considerando que a maioria dos pacientes críticos permanece internada por período igual ou superior a 24 horas, permitindo adequada contabilização dos pacientes-dia e maior consistência estatística dos indicadores assistenciais.

Recomenda-se, como medida institucional, revisão técnica dos relatórios gerenciais atualmente utilizados, com participação conjunta da tecnologia da informação, faturamento hospitalar, Núcleo Interno de Regulação (NIR), coordenações assistenciais e gestão hospitalar, visando adequação metodológica dos cálculos relacionados aos pacientes-dia e médias de permanência hospitalar, especialmente nas unidades de elevada rotatividade assistencial.

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

Em abril de 2026, realizamos 120 cirurgias eletivas sem nenhum cancelamento, alcançando taxa de suspensão de 0%, o que demonstra boa organização e eficiência do serviço.

Indicador 19 - Proporção de partos vaginais, Abril 2026.

No mês de abril de 2026, o Hospital Municipal de Araucária registrou o total de 108 partos realizados, sendo 54 partos cesarianos e 54 partos por via vaginal, correspondendo proporcionalmente a 50% para cada via de parto. Embora os dados demonstrem distribuição equivalente entre os desfechos obstétricos, ressalta-se que o percentual atual encontra-se fora da meta estabelecida no Termo de Referência da Secretaria Municipal de Saúde, a qual preconiza média assistencial de 65% de partos por via vaginal e 35% de partos cesarianos. Tal cenário evidencia desafio assistencial contínuo relacionado ao perfil epidemiológico e obstétrico das pacientes atendidas na unidade.

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

Dentre as principais intercorrências e indicações obstétricas associadas à realização de cesarianas, destacam-se as condições frequentemente descritas nas diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, incluindo sofrimento fetal agudo, desproporção céfalo-pélvica, falha de progressão do trabalho de parto, apresentações fetais anômalas, síndromes hipertensivas específicas da gestação, cesárea anterior com contraindicação de prova de trabalho de parto, alterações placentárias e demais situações de risco materno e fetal que exigem intervenção imediata.

Outrossim, permanece como fator relevante a dificuldade observada na aceitação do parto vaginal por parte de parcela significativa das gestantes atendidas. Tal situação já havia sido previamente discutida com a Secretaria Municipal de Saúde em meses anteriores, especialmente diante da resistência cultural e do receio relacionado ao parto normal, circunstâncias que frequentemente influenciam a decisão obstétrica final. Soma-se a isso o fato de que muitos pacientes encaminhados ao HMA, por serem provenientes de municípios de referência secundária e regional, não realizaram acompanhamento pré-natal integral ou adequado na Atenção Primária à Saúde, especialmente no que diz respeito à orientação precoce sobre benefícios, segurança e indicações das diferentes vias de parto. Essa limitação assistencial no acompanhamento longitudinal acaba repercutindo diretamente no desfecho obstétrico final da unidade hospitalar, que recebe frequentemente pacientes já em contexto de maior complexidade clínica e obstétrica.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE MORTALIDADE

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

No mês de abril, nossa unidade registrou 4 óbitos não institucionais. Para fins de acompanhamento interno, consideramos como óbitos não institucionais aqueles ocorridos antes de completar 24 horas da admissão hospitalar. Como a taxa institucional considera os óbitos após 24 horas de internação, os óbitos ocorridos antes desse período devem ser analisados separadamente, principalmente por estarem frequentemente relacionados à gravidade inicial do paciente, ao tempo de chegada ao serviço e às condições clínicas apresentadas no momento da admissão.

Utilizando o mesmo total de saídas hospitalares do mês, o cálculo da taxa específica de óbitos não institucionais foi: $4 \div 553 \times 100 = 0,72\%$ Assim, no mês de abril, nossa taxa de óbitos não institucionais foi de 0,72%.

A taxa de 0,72% representa um percentual baixo em relação ao total de saídas hospitalares do mês. Por se tratar de óbitos ocorridos em período inferior a 24 horas da admissão, esse indicador deve ser analisado principalmente sob a ótica da gravidade de chegada do paciente, das condições prévias, do tempo de procura por atendimento e da efetividade da estabilização inicial.

Na prática hospitalar, os óbitos não institucionais não devem ser interpretados, de forma isolada, como falha da assistência hospitalar, pois muitos pacientes chegam à unidade em condições clínicas avançadas, instáveis ou com doenças graves já em evolução. Ainda assim, esses casos são importantes para avaliar a porta de entrada, a classificação de risco, o tempo até o primeiro atendimento médico, a realização de exames iniciais, a definição diagnóstica, a estabilização clínica e a necessidade de transferência para maior complexidade quando indicada.

Dessa forma, todos óbitos não institucionais foram avaliados individualmente, com foco no fluxo de admissão e atendimento inicial. A análise deve verificar se houve identificação adequada da gravidade, resposta assistencial em tempo oportuno, disponibilidade de recursos para estabilização e comunicação adequada entre as equipes.

Concluimos que, em abril, a taxa de óbitos não institucionais foi 0,72%, sem evidência de concentração expressiva em relação ao total de saídas hospitalares. O

indicador deve continuar sendo monitorado mensalmente, especialmente por representar eventos de alta gravidade logo na entrada do paciente na unidade.

Indicador 21 – Taxa de Mortalidade Institucional, Abril 2026.

No mês de abril, o Hospital Municipal de Araucária registrou um total de 553 saídas hospitalares e 12 óbitos institucionais adultos. Para este indicador, consideramos como **óbito institucional** aquele ocorrido após 24 horas ou mais da admissão hospitalar. A taxa é calculada pela relação entre o número de óbitos institucionais e o total de saídas hospitalares no período. Esse conceito segue a definição técnica utilizada para taxa de mortalidade institucional, cujo denominador considera as saídas hospitalares por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. Cálculo utilizado: $12 \div 553 \times 100 = 2,17\%$ Assim, no mês de abril, nossa taxa de mortalidade institucional foi de 2,17%. A taxa de 2,17% em abril demonstra que a mortalidade institucional da unidade permaneceu abaixo da referência de 3%, sendo compatível com o perfil de um hospital municipal de média complexidade.

Apesar do resultado estar dentro do parâmetro aceitável, entendemos que a análise dos óbitos institucionais deve ir além do cálculo percentual. Por se tratar de óbitos ocorridos após período de permanência hospitalar superior a 24 horas, é necessário avaliar a evolução clínica dos pacientes, a gravidade na admissão, a resposta aos protocolos assistenciais e a oportunidade das condutas realizadas.

Como medida de qualificação da assistência, mantemos em vigor a revisão dos prontuários dos óbitos institucionais, com atenção especial ao reconhecimento precoce de deterioração clínica, sepse, insuficiência respiratória, eventos cardiovasculares, necessidade de suporte intensivo, tempo de resposta da equipe multiprofissional e adequação de cuidados paliativos quando indicados.

Concluimos que, no mês de abril, a mortalidade institucional apresentou resultado satisfatório, sem evidência de elevação crítica do indicador, mantendo-se necessária a análise individual dos casos para identificação de oportunidades de melhoria e fortalecimento da segurança do paciente.

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

No mês de abril, o Hospital Municipal de Araucária não registrou nenhum óbito materno. A ausência de óbitos materno no período representa um resultado favorável para o acompanhamento da assistência materna prestada pela unidade. Mesmo sem ocorrência de óbito materno em abril, mantemos a necessidade de vigilância contínua dos casos obstétricos, com atenção aos protocolos de identificação precoce de risco, manejo de intercorrências maternas e encaminhamento oportuno quando houver necessidade de maior complexidade.

Indicador 23 – Taxa de Mortalidade Cirurgica, Abril 2026.

No mês de abril, o HMA realizou 176 cirurgias e registrou 1 óbito cirúrgico. Para este indicador, consideramos a relação entre o número de óbitos cirúrgicos e o total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no período. A taxa de mortalidade cirúrgica é utilizada como indicador de efetividade e deve ser interpretada considerando fatores como condição clínica pré-operatória, idade, comorbidades, tipo de procedimento, caráter da cirurgia — eletiva, urgência ou emergência —, recursos disponíveis e desempenho da equipe assistencial. Cálculo utilizado: $1 \div 176 \times 100 = 0,57\%$ Assim, no mês de abril, nossa taxa de mortalidade cirúrgica foi de 0,57%.

O resultado, analisado de forma bruta, não evidencia elevação crítica da mortalidade cirúrgica no período. O caso foi submetido à revisão técnica em Comissão de Óbitos e Prontuários, com análise da evolução clínica, indicação cirúrgica, condutas realizadas, registros assistenciais e desfecho apresentado. Após avaliação, evidenciou-se causa justificável para o óbito, considerando a gravidade do caso, a complexidade clínica apresentada pelo paciente e a demanda clínico-cirúrgica envolvida.

A análise realizada demonstrou que a assistência prestada seguiu os fluxos e condutas pertinentes ao quadro apresentado, com manejo clínico e cirúrgico realizado de forma adequada diante da condição do paciente. Não foram identificados, na avaliação técnica, elementos que caracterizassem falha assistencial direta relacionada ao desfecho.

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, Abril 2026.

No mês de Abril/2026, o percentual de usuários acolhidos com classificação de risco superou a meta estipulada de 98% alcançando assim, o acolhimento de 98,82% dos usuários.

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

No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:02:34, posicionando-se abaixo do limite máximo permitido, utilizando aproximadamente 80% do tempo preconizado. Esse resultado evidencia eficiência no processo de acolhimento e classificação de risco, garantindo acesso rápido e seguro à avaliação inicial dos pacientes.

No total, foram realizados 11.465 atendimentos, distribuídos entre os setores assistenciais. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) concentrou o maior volume, com 7.925 pacientes, e apresentou tempo médio de 00:02:26, demonstrando excelente desempenho, com fluxo ágil e bem estruturado desde a chegada do paciente até a classificação.

O Pronto Socorro Geral (PSG), por sua vez, registrou 2.591 atendimentos com tempo médio de 00:02:39, sendo o maior tempo entre os setores analisados, porém, com uma melhora significativa em relação ao mês anterior.

O Pronto Socorro Obstétrico (PSO), registrou 949 atendimentos, com tempo médio de espera de 02:37, mantendo o tempo de atendimento dos outros setores, demonstrando equilíbrio e excelente desempenho.

De forma geral, o desempenho institucional permanece sólido e consistente, com todos os setores dentro da conformidade contratual e ampla margem de segurança no resultado global.

A manutenção de um tempo médio inferior a 4 minutos para classificação de risco demonstra maturidade dos processos de acolhimento, adequada organização das equipes e efetividade na gestão da porta de entrada.

Em síntese, o indicador reflete excelência operacional e qualidade assistencial, assegurando rapidez na identificação do grau de risco dos pacientes e contribuindo diretamente para a priorização adequada dos atendimentos. Recomenda-se a continuidade do monitoramento sistemático, especialmente no PSG, com foco na redução da variabilidade e na sustentação dos resultados alcançados.

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

No mês em análise tivemos um total de 11.330 pacientes que foram devidamente classificados na triagem, recebendo prioridade de atendimento conforme o grau de urgência para atendimento.

Observa-se nesse período que o tempo médio de espera para atendimento médico esteve dentro da meta estabelecida para o indicador, superando inclusive o tempo esperado para cada prioridade clínica.

No mês de Abril/2026, o acolhimento com classificação de risco aos usuários classificados como não urgente, alcançou uma média de 51:27:20, desse modo atingindo a meta de 240 minutos preconizada contratualmente.

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

No mês de Abril/2026, o acolhimento com classificação de risco aos usuários classificados como pouco urgente, alcançou uma média de 48:10:00, desse modo atingindo a meta de 120 minutos preconizada contratualmente. O resultado desse indicador

demonstra melhoria contínua nos processos de trabalho, o que claramente traz benefícios à população que tem resposta mais breve ao seu problema de saúde.

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

No mês de Abril/2026, o acolhimento com classificação de risco aos usuários classificados como urgente, alcançou uma média de 31:47:20, desse modo atingindo a meta de 60 minutos preconizada contratualmente.

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

No mês de Abril/2026, o acolhimento com classificação de risco aos usuários classificados como muito urgente, alcançou uma média de 8 minutos, desse modo atingindo a meta de 10 minutos preconizada contratualmente.

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

No mês de Abril/2026, o acolhimento com classificação de risco aos usuários classificados como emergência atingiu a meta de atendimento de todos os pacientes em imediato, conforme preconizado contratualmente.

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

No mês em análise tivemos um total de 11.465 atendimentos no Pronto socorro geral, infantil e obstétrico. O perfil de atendimento para esses pacientes, inclui realização de exames de imagem, exames laboratoriais e administração de medicamentos para estabilização clínica e melhora geral da condição e queixa apresentada pelo paciente.

Nesse período o indicador demonstra mais uma vez que o tempo médio de permanência de pacientes no setor foi abaixo da meta estabelecida, sendo de 3h54min, demonstrando efetividade nas condutas médicas, bem como no atendimento das equipes assistenciais e equipes de apoio.

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

No mês de Abril, o Hospital Municipal de Araucária performou com o Tempo de Permanência de 04h16min, alcançando desse modo a meta prevista contratual de 12h ou menos.

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

No mês de Abril, o Hospital Municipal de Araucária performou com o Tempo de Permanência de 01h59min, alcançando desse modo a meta prevista contratual de 12h ou menos.

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

No mês de Abril, o Hospital Municipal de Araucária performou com o Tempo de Permanência de 05h28min, alcançando desse modo a meta prevista contratual de 12h ou menos.

INDICADORES – SEGURANÇA DO PACIENTE

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

No mês de abril de 2026, a Taxa Global de Infecção Hospitalar, apresentada no relatório como Taxa Geral de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), foi de 0,90%. O resultado foi obtido a partir do registro de 5 casos de IRAS em um total de 553 saídas hospitalares, considerando altas e óbitos, conforme o seguinte cálculo: $(5 \div 553) \times 100 = 0,90\%$. Além disso, a densidade geral de IRAS foi de 3,03 IRAS por 1.000 pacientes-dia. O indicador demonstra o monitoramento global das infecções hospitalares pela SCIH durante a competência avaliada.

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

No período avaliado, foi registrado 1 caso de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), em 134 respiradores-dia, resultando em densidade de incidência de 7,46 casos por 1.000 ventiladores-dia, conforme o cálculo: $(1 \div 134) \times 1000 = 7,46/1.000$ ventiladores-dia. Considerando que a meta institucional estabelecida é inferior a 10 casos por 1.000 ventiladores-dia, o indicador permaneceu **dentro da meta**. Apesar do resultado satisfatório, o relatório aponta a necessidade de reforço das práticas preventivas, incluindo adesão ao bundle de prevenção, higiene oral, manutenção da cabeceira elevada e revisão assistencial contínua.

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

Em abril de 2026, não foram registrados casos de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical (ITU-AC). Foram contabilizados 261 CVD-dia, com 0 caso notificado, resultando em densidade de incidência de 0,00 caso por 1.000 CVD-dia. Considerando que a meta institucional é menor ou igual a 1 caso por 1.000 CVD-dia, o indicador apresentou resultado dentro da meta. O desempenho foi considerado favorável, devendo ser mantidas as estratégias preventivas, a vigilância ativa e as ações de educação permanente das equipes assistenciais.

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

No período analisado, foi registrado 1 caso de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente Confirmada (IPCSL) associada ao Cateter Venoso Central, em 162 CVC-dia. A densidade de incidência foi de 6,17 casos por 1.000 CVC-dia, conforme o cálculo: $(1 \div 162) \times 1000 = 6,17/1.000$ CVC-dia. Considerando que a meta institucional é inferior a 10 casos por 1.000 CVC-dia, o indicador permaneceu **dentro da meta**. Entretanto, o relatório destaca aumento em comparação ao mês anterior, indicando a necessidade de intensificação das auditorias assistenciais e revisão dos protocolos de inserção e manutenção de cateter venoso central.

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

Na competência de abril de 2026, foram monitoradas 157 cirurgias limpas, com registro de 3 casos de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC). A taxa global de ISC em cirurgias limpas foi de **1,91%**, conforme o cálculo: $(3 \div 157) \times 100 = 1,91\%$. Considerando que a meta esperada é inferior a **1%**, o indicador apresentou resultado **acima da meta institucional**. O relatório aponta que esse indicador requer atenção institucional, reforço das medidas preventivas perioperatórias, revisão do bundle cirúrgico, auditorias em centro cirúrgico e ampliação da vigilância pós-alta.

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

No mês de abril de 2026, não foram registradas quedas de pacientes em nenhuma unidade da instituição, totalizando 1.652 pacientes/dia no período analisado. Esse resultado mantém o indicador dentro dos parâmetros preconizados pela literatura científica e por órgãos reguladores de qualidade e segurança assistencial.

A ausência de eventos notificados sugere efetividade das ações preventivas adotadas, especialmente:

- **Identificação sistemática de pacientes com risco de queda;**
- **Orientações de segurança aos pacientes e acompanhantes;**
- **Aplicação consistente dos protocolos institucionais;**
- **Atuação integrada da equipe multiprofissional;**
- **Supervisão assistencial contínua e monitoramento dos eventos adversos.**

Do ponto de vista assistencial e de segurança do paciente, o cenário é favorável, indicando boa adesão às medidas de prevenção, efetividade das orientações institucionais, manutenção da cultura de notificação e redução de impactos assistenciais, éticos e institucionais relacionados a quedas.

Conclui-se que o resultado do indicador de quedas em abril de 2026 é satisfatório, sem registro de eventos, sugerindo que as ações institucionais de segurança do paciente estão sendo efetivas. Contudo, permanece essencial manter e fortalecer as estratégias de prevenção, a cultura de segurança e a vigilância contínua dos processos assistenciais, visando a sustentação dos resultados e a promoção de uma assistência cada vez mais segura e qualificada.

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

A análise do Indicador de Lesão por Pressão referente ao mês de abril de 2026 demonstra resultado altamente satisfatório, com ausência de notificações de Lesão por Pressão adquirida durante a internação hospitalar no Hospital Municipal de Araucária. Esse desempenho sugere elevada efetividade das estratégias institucionais de prevenção, atuação integrada da equipe multiprofissional e fortalecimento das práticas relacionadas à segurança do paciente e à qualidade assistencial. Apesar do cenário favorável, mantêm-se como prioridades a continuidade das medidas preventivas, a educação permanente das equipes, o fortalecimento da cultura de segurança e o monitoramento sistemático dos indicadores assistenciais, visando a prevenção de

danos e a consolidação de uma assistência cada vez mais segura, humanizada e baseada em evidências científicas.

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

No mês de abril de 2026, observa-se redução no número de procedimentos cirúrgicos realizados, esse cenário está diretamente relacionado às reformas estruturais ocorridas no período, as quais impactaram temporariamente a capacidade operacional do centro cirúrgico.

Apesar desse agravante, o indicador manteve desempenho elevado e estável, com 99,0% demonstrando fortalecimento da cultura de segurança do paciente, adesão consolidada das equipes e efetividade das ações institucionais implementadas, mesmo diante das limitações operacionais enfrentadas no período. Dentre as ações realizadas, podemos citar:

- Monitoramento Sistemático e Devolutiva Mensal;
- Educação Permanente e Sensibilização Contínua;
- Padronização e Co-responsabilização multiprofissional.

INDICADORES – RELAÇÃO COM A REDE

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

No período, a unidade manteve desempenho superior à meta pactuada para oferta de vagas em exames SADT eletivos, atingindo 117,47% em relação ao parâmetro de 100%. O resultado demonstra capacidade operacional acima do mínimo contratado, porém exige monitoramento, especialmente frente ao aumento do absenteísmo, a fim de garantir que a

oferta excedente se converta efetivamente em produção realizada, sem sobrecarga da equipe e com uso adequado dos recursos.

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

No período analisado foram ofertadas 280 primeiras consultas/mês (220 de Cardiologia pré-sedação e 60 de Plano de Parto), correspondendo a 121,74% da meta contratual em ambos os meses. Mantém-se, assim, desempenho estável e satisfatório, resultado da boa organização das agendas, do monitoramento contínuo das vagas e do alinhamento com a regulação municipal. A unidade seguirá acompanhando oferta e demanda, realizando ajustes operacionais em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (CRA) para a manutenção desse indicador.

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

No período analisado, foram agendados 470 atendimentos ambulatoriais (339 realizados, 119 ausências e 12 cancelamentos) e 3.996 exames (2.623 realizados, 1.020 ausências e 352 cancelamentos). Apesar do índice de confirmação no IPM (59,61%), a principal causa de não conformidade foi o elevado número de cancelamentos, associado sobretudo a fatores operacionais e administrativos, como indisponibilidade de profissionais especializados e limitações nos canais de comunicação com os pacientes, o que impactou o alcance das metas.

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

No período analisado, o indicador de Censo Hospitalar alcançou a meta estabelecida, com a realização do censo e a devida informação ao Departamento de

Urgência e Emergência quatro vezes ao dia. Esse desempenho evidencia a regularidade do monitoramento dos leitos e a efetiva comunicação entre as áreas assistenciais, contribuindo para a organização do fluxo de pacientes e para a tomada de decisão em tempo oportuno.

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

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

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

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

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

No período analisado, foram registradas 54 reinternações para um total de 640 AIH, resultando em um índice de 8,44%, abaixo da meta estabelecida de 20%. O desempenho indica controle adequado das reinternações, sugerindo efetividade das condutas assistenciais e dos processos de alta hospitalar, sem apontar, no período, necessidade de ações corretivas específicas para esse indicador.

INDICADORES – GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

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

No mês de Abril de 2026, foram apresentadas 556 (quinhentos e cinquenta e seis.) AIHs para um total de 553 (quinhentos e cinquenta e três) saídas hospitalares. A diferença entre os números se deve aos seguintes fatores:

Incorporadas 9 (nove) AIHs decorrentes de desdobramentos por reoperações ou mudanças de procedimento;

Subtraídas 9 (nove) AIHs com duração inferior a 72 (setenta e duas) horas, referentes ao mesmo diagnóstico, conforme critérios de faturamento;

Vale ressaltar que o comprovante de transmissão da produção de AIH aprovada somente é disponibilizado pelo NAS (Núcleo de Auditoria em Saúde) no vigésimo dia do mês subsequente.

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

No mês de abril, foram registradas 7 manifestações na ouvidoria via AtendeNet e 5 atendimentos presenciais, totalizando 12 demandas.

As principais ocorrências estiveram relacionadas à conduta médica, à conduta da equipe de enfermagem e ao atraso no atendimento. Todas as manifestações foram analisadas e respondidas dentro do prazo, com encaminhamento às equipes responsáveis e adoção de medidas corretivas e orientações voltadas à melhoria contínua dos serviços.

Ressalta-se o compromisso das equipes em fortalecer o acolhimento e garantir um atendimento humanizado e de qualidade, atuando de forma preventiva para reduzir a recorrência das situações apontadas nos próximos meses.

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

No mês em análise, foram realizadas 15 das comissões obrigatórias previstas, além de uma obrigatória pelas Resoluções de Diretoria Colegiada e Diretrizes do Ministério da Saúde.

O hospital conta com 17 comissões implantadas Listadas a seguir: Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), Núcleo de Educação Permanente (NEP), Farmácia, Terapêutica e Padronização de insumos, medicamentos, saneantes e novas tecnologias (CFTP), Gerenciamento de resíduos (GR), Cuidados Paliativos, Proteção Radiológica, Humanização, Epidemiologia, Revisão de Prontuário, Serviço de Atendimento ao Usuário, Comitê Transfusional, Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA), Núcleo Interno de Regulação, Aleitamento Materno, Óbito adulto, Óbito materno, infantil e neonatal, as duas últimas foram separadas para garantir maior efetividade nas análises.

Dentre essas, quinze comissões são obrigatórias por contrato, e duas encontram-se em conformidade com a legislação vigente, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), conforme preconizado pela Portaria nº 2616/1998, e a Comissão de Aleitamento Materno, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde voltadas à promoção e proteção do aleitamento materno. As comissões de Ética Médica e Ética de Enfermagem quais encontram-se pendentes

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

O indicador de preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelos respectivos conselhos de classe, alcançou 88% no período avaliado. Esse resultado demonstra boa adesão dos profissionais às normativas técnicas e legais de registro em saúde, refletindo compromisso com a qualidade da informação, a segurança do paciente e a continuidade do cuidado.

Apesar do desempenho satisfatório, o índice ainda está abaixo da completude ideal (100%), indicando oportunidade de melhoria no registro de dados essenciais, como evolução multiprofissional, prescrições, checagens, anotações de enfermagem e registros de procedimentos.

Entretanto, identificaram-se oportunidades de melhoria relacionadas ao preenchimento integral de campos obrigatórios, especialmente em registros multiprofissionais, prescrições, evoluções, checagens assistenciais, descrições de procedimentos, avaliação anestésica perioperatória, registros obstétricos (partograma) e demais documentos vinculados à linha de cuidado.

Como plano de ação de curto prazo, serão intensificadas auditorias sistemáticas de prontuário, com devolutiva técnica às equipes assistenciais e alinhamento institucional junto aos responsáveis médicos, enfermagem e coordenações assistenciais. Paralelamente, será realizado acompanhamento conjunto com o setor de Tecnologia da Informação (TI), visando avaliar melhorias estruturais e parametrizações do sistema eletrônico, com foco na automatização de campos obrigatórios, bloqueios de finalização incompleta, integração de formulários assistenciais e ampliação do suporte ao registro médico e multiprofissional, incluindo avaliação anestésica e partograma eletrônico.

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

No mês de abril de 2026, foram realizados 17 treinamentos institucionais, distribuídos entre os escopos do Programa de Educação Permanente, sendo:

- 02 treinamentos em Metas de Segurança do Paciente;
- 10 treinamentos em Práticas e Protocolos Assistenciais;

- 05 treinamentos voltados a outros temas (gestão, processos administrativos e saúde do trabalhador).

Os treinamentos classificados como Metas de Segurança do Paciente, com número de participantes, foram:

Meta 2 – Comunicação Efetiva:

- Comunicação Segura: registro adequado das capacitações = 29 participantes

Meta 3 – Uso Seguro de Medicamentos;

- Dinâmica em CARD'S: Processo Seguro de Medicação = 226 participantes

O total de participações foi de 255 colaboradores.

Considerando o público-alvo específico dessas capacitações (equipe de enfermagem, gestores e equipe multiprofissional), totalizando 340 colaboradores, aplicou-se o cálculo: $(255 / 340) \times 100 = 75\%$. O resultado atingiu o limite mínimo estabelecido contratualmente ($\geq 75\%$).

Destaca-se o treinamento “Meta 3 – Uso Seguro de Medicamentos”, desenvolvido por meio de dinâmica com card's voltada ao processo seguro de medicação, que totalizou 226 participações, representando a maior concentração de alcance dentro do indicador.

Ressalta-se que esta ação foi estruturada em 33 turmas distribuídas entre os períodos diurno e noturno, com o objetivo de ampliar o acesso dos profissionais frente à dinâmica assistencial. Destas, aproximadamente 25 turmas foram conduzidas diretamente pelo NEP, evidenciando atuação central na viabilização, execução e alcance da capacitação. Essa estratégia contribuiu de forma significativa para o atingimento do indicador no período.

Análise Qualitativa e Consistência do Indicador

Apesar do cumprimento da meta, observa-se que o resultado foi limítrofe (75%), indicando necessidade de ampliação da cobertura das capacitações, especialmente no que se refere à adesão dos colaboradores e ao encaminhamento efetivo pelas lideranças.

Destaca-se que o cálculo foi realizado considerando o público-alvo elegível, uma vez que as temáticas abordadas não se aplicam à totalidade dos colaboradores do hospital. Especificamente em relação à Meta 3 (Uso Seguro de Medicamentos), o treinamento foi direcionado à totalidade da equipe de enfermagem, composta por aproximadamente 316 colaboradores ativos.

Ainda assim, mesmo com a realização de 33 turmas no formato in loco, não foi possível atingir 100% de cobertura do público-alvo, não sendo possível atribuir a não cobertura à ausência de oferta de capacitação, o que evidencia limitações relacionadas à adesão dos profissionais e à dinâmica do ambiente assistencial.

O formato in loco, embora amplie o acesso, apresenta interferências frequentes decorrentes da rotina assistencial (interrupções, demandas simultâneas e priorização do cuidado), o que pode impactar tanto a participação quanto a efetividade do processo de ensino-aprendizagem.

Aspectos Críticos Identificados

- Cobertura parcial do público-alvo, mesmo com ampliação significativa do número de turmas;
- Necessidade de maior engajamento das lideranças no direcionamento e liberação dos colaboradores para participação nas capacitações;
- Dependência operacional do NEP para execução das ações educativas, com baixa descentralização das atividades.

Ponto Estrutural Relevante

No período analisado, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) atuou de forma central no planejamento, execução e consolidação das ações educativas.

Essa concentração de atribuições, embora tenha possibilitado o cumprimento do indicador, representa um fator de risco para a sustentabilidade do processo, uma vez que limita a corresponsabilização das lideranças e a distribuição das ações entre os setores.

Pontos de Atenção para Melhoria

- Fortalecimento da corresponsabilidade das lideranças na execução das capacitações;
- Planejamento das ações com foco na cobertura integral do público-alvo;
- Monitoramento da participação individual dos colaboradores;
- Manutenção da qualidade e padronização dos registros institucionais;
- Estratégias que minimizem impactos da rotina assistencial na participação dos profissionais.

Consideração sobre o Método de Cálculo

Permanece a necessidade de revisão do método de cálculo contratual, já sinalizada anteriormente, considerando:

- Ausência de definição clara das categorias profissionais incluídas no denominador;
- Direcionamento das capacitações a públicos específicos;
- Possível distorção na representatividade do indicador.

Conclusão

O indicador de Metas de Segurança do Paciente atingiu a meta mínima no mês de abril (75%), evidenciando cumprimento formal do contrato.

Entretanto, a análise qualitativa demonstra que a ampliação da cobertura depende do maior envolvimento das lideranças e da adesão dos colaboradores, não estando relacionada à ausência de oferta de capacitação.

A consolidação de resultados mais robustos requer evolução na corresponsabilização das áreas assistenciais, garantindo que as ações educativas alcancem efetivamente todo o público-alvo previsto, fortalecendo a cultura de segurança do paciente na instituição.

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

No mês de abril de 2026, foram realizados 17 treinamentos institucionais, distribuídos entre os eixos do Programa de Educação Permanente, sendo:

- 02 treinamentos em Metas de Segurança do Paciente;
- 10 treinamentos em Práticas e Protocolos Assistenciais;
- 05 treinamentos voltados a outros temas (gestão, processos administrativos e saúde do trabalhador).

Os treinamentos classificados como Práticas e Protocolos Assistenciais, com número de participantes, foram:

- Biossegurança e controle de infecções = 22;
- Higiene de equipamentos, utensílios e áreas, uso de saneantes = 14;
- Boas práticas para lactário (padronização dos produtos utilizados na limpeza e desinfecção) = 11;
- Controle e manejo da glicemia no paciente hospitalizado = 40;
- SAV na prática: reconhecimento, intervenção e trabalho em equipe na PCR = 192;
- Reações transfusionais: prevenção, identificação e conduta imediata = 30;
- Hemovigilância: notificação, investigação e encerramento de casos = 05;
- Atuação da enfermagem na administração de contraste em exames de imagem = 06;
- Avaliação e manejo de lesões orais em ambiente hospitalar = 38;
- Pneumonia associada à ventilação mecânica = 51.

O total de participações nos treinamentos classificados como práticas foi de 409 colaboradores.

Destaca-se o treinamento “SAV na prática: reconhecimento, intervenção e trabalho em equipe na PCR”, conduzido pelo NEP, que totalizou 192 participações, representando aproximadamente 43,7% de todas as participações neste eixo.

Ressalta-se que esta ação foi estruturada em aproximadamente 30 turmas distribuídas entre os períodos diurno e noturno, utilizando metodologia teórico-prática com simulação e aplicação durante a execução, o que demandou organização logística ampliada, adequação de horários e articulação com os setores assistenciais para viabilizar a participação das equipes.

Essa estratégia contribuiu de forma significativa para o alcance do indicador, ampliando o acesso dos colaboradores e favorecendo maior aproximação com a prática assistencial.

Considerando o efetivo institucional ativo de 439 colaboradores, aplicando-se a fórmula contratual, obteve-se o resultado de:

$$(409 / 439) \times 100 = 93,16\%$$

O indicador superou a meta mínima estabelecida de 60%, evidenciando, sob o ponto de vista quantitativo, um alcance expressivo das ações educativas no período.

Análise Qualitativa e Limitações do Indicador

Apesar do resultado positivo, observa-se que o método de cálculo considera o número total de participações, e não a cobertura individual dos colaboradores. Isso implica que um mesmo profissional pode ser contabilizado mais de uma vez, enquanto outros podem não ter participado de nenhuma ação educativa no período.

Dessa forma, o indicador pode superestimar o alcance real das capacitações, não refletindo de maneira fidedigna a distribuição equitativa entre os profissionais elegíveis.

Adicionalmente, os treinamentos são direcionados a públicos-alvo específicos, conforme a temática abordada, o que não é contemplado na metodologia de cálculo atual.

Outro ponto relevante refere-se à realização de treinamentos in loco, que, embora ampliem o acesso, ocorrem em ambiente sujeito a interrupções constantes, podendo impactar a qualidade da participação e assimilação do conteúdo.

Aspectos Críticos Identificados

- Possibilidade de cobertura não uniforme entre os colaboradores;
- Limitação do indicador em mensurar participação individual;
- Influência da dinâmica assistencial na efetividade dos treinamentos in loco;
- Dependência operacional do NEP para execução de ações de maior complexidade e abrangência.

Pontos de Atenção para Melhoria

- Monitoramento da participação individual dos colaboradores;
- Planejamento com foco em cobertura integral do público-alvo;
- Fortalecimento da atuação das lideranças na condução e organização das equipes;
- Manutenção da qualidade metodológica das capacitações;
- Aperfeiçoamento contínuo dos registros institucionais.

Consideração sobre o Método de Cálculo

Reforça-se a necessidade de revisão do método de cálculo contratual, já sinalizada anteriormente, considerando:

- Ausência de definição clara das categorias profissionais no denominador;
- Não consideração do público-alvo específico das capacitações;
- Possível distorção na representatividade dos resultados.

Conclusão

O indicador de práticas assistenciais no mês de abril apresentou resultado quantitativo satisfatório (93,16%), superando a meta contratual.

Destaca-se o impacto das estratégias adotadas pelo NEP, especialmente na execução de ações estruturadas e de maior complexidade, como o treinamento de SAV, que contribuiu significativamente para o alcance do indicador.

Contudo, a consolidação de resultados mais robustos depende do aprimoramento do modelo de mensuração, da ampliação da cobertura individual e do fortalecimento da corresponsabilidade das lideranças, garantindo que as ações educativas reflitam, de forma efetiva, na prática assistencial e na qualidade do cuidado.

5.

METAS QUANTITATIVAS

No que se refere à apuração e ao acompanhamento das metas quantitativas, verifica-se que, no mês avaliado, a unidade obteve desempenho expressivamente satisfatório, atingindo 86,40 pontos de um total de 115,80 pontos previstos nos indicadores pactuados no Contrato de Gestão. Ressalta-se que todos os dados, relatórios e documentos analíticos utilizados para a mensuração, validação e comprovação dos resultados encontram-se devidamente organizados, registrados e arquivados, permanecendo à disposição da Comissão de Avaliação para conferência, auditoria ou solicitação complementar, sempre que necessário.

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

Tabela 2: Indicadores quantitativos, Abril 2026.

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
1	Manter Equipe Médica Conforme Escala Pré Definida (24h)	≥ 100%	4	4 Pontos / Não atende 0 Pontos	100%	4
2	Manter Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais	≥12h semanais	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo	100%	
3	Coordenador Médico Clínica Cirúrgica	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
4	Coordenador Médico Clínica Médica	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
5	Coordenador Médico Pediatra	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
6	Coordenador Médico Ginecologia E Obstetrícia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
7	Coordenador Médico Anestesiologia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
8	Coordenador Médico Ortopedia	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
9	Coordenador Médico UTI	≥12h semanais	1	1 Pontos / Não atende 0 Pontos	1	1
10	Diretor Técnico Presencial Com Mínimo 20h semanais	≥20h semanais	3	3 Pontos / Não atende 0 Pontos	100%	3
11	Realizar No Mínimo Saídas Hospitalares	439	15	De 90 a 100% da meta = 15 pontos De 80 a 89% = 8 pontos De 70 a 79% = 5 pontos. Menor que 70% da meta = 0 pontos	469	15
12	Realizar o Valor Mínimo de Cirurgia Eletiva	145	-	As metas serão avaliadas individualmente por procedimento,	120	



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
13	Cirurgia Geral	20	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	15	3
14	Cirurgia Videolaparoscopia Geral	10	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	7	3
15	Cirurgia Geral Coloproctologia	10	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	0	0
16	Cirurgia Pediátrica	20	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	20	3
17	Cirurgia Ginecológica	40	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	44	3
18	Cirurgia Ginecológica – Endometriose Videolaparoscopia	4	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	1	0
19	Cirurgia Ginecológica Outras	6	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	0	0
20	Cirurgia Ortopédica de baixa e média complexidade	5	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	3
21	Laqueadura eletiva	5	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	0	0
22	Laqueadura pós parto normal	5	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	2	0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
23	Cirurgia Vascular	20	3	De 80 a 100% da meta = 3 pontos De 50 a 79% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	14	3
24	Realizar no Mínimo de consultas ambulatoriais eletivas	230	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:		
25	Cardiologia, avaliação pré sedação	200	4	De 90 a 100% da meta = 4 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	89	4
26	Plano Parto	30	4	De 90 a 100% da meta = 4 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	38	4
27	Realizar no mínimo de Cirurgias ambulatoriais eletivas	105	-	As metas serão avaliadas Individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:		
28	Vasectomia	5	5	De 90 a 100% da meta = 5 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	5	5
29	Cirurgias Ambulatoriais	50	5	De 90 a 100% da meta = 5 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto	19	0
30	Varizes Espuma	50	5	De 90 a 100% da meta = 5 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	46	5
31	Realizar exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA	3515	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo		
32	Mamografia	300	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	301	2,8



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
33	Radiodiagnostico	2000	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	1331	1
34	Ultrassonografia	800	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	898	2,8
35	Ultrassonografia para mapeamento de endometriose	10	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	12	2,8
36	Ecocardiograma Adulto/Infantil	60	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	71	2,8
37	Teste Ergométrico	30	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	16	1
38	Eletrocardiograma	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	80	2,8
39	Biópsia de Próstata	5	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	3	2,8
40	Endoscopia	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	91	2,8
41	Colonoscopia	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	83	2,8
42	Ecocardiograma Fetal	10	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	0	0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
TOTAL			115,80		RESULTADO	86,40

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026)

INDICADORES – EQUIPE MÉDICA

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

No fechamento da prestação de contas referente ao mês de abril de 2026, o indicador de cumprimento da carga horária médica atingiu integralmente a meta contratual estabelecida, com execução correspondente a 100%. No período, foram realizadas 19.190 horas médicas, frente às 13.966,50 horas previstas em contrato, evidenciando desempenho assistencial satisfatório e manutenção da cobertura médica necessária ao funcionamento da unidade.

As equipes médicas assistenciais mantiveram conformidade com os regimes de trabalho estabelecidos, assegurando o cumprimento das cargas horárias mínimas previstas contratualmente e a continuidade da assistência prestada aos usuários do Hospital Municipal de Araucária.

Ressalta-se que permanece sendo realizado acompanhamento contínuo das escalas médicas de todas as especialidades assistenciais, por meio de monitoramento sistemático junto à empresa prestadora dos serviços médicos, visando prevenir intercorrências relacionadas à cobertura das escalas, minimizar ausências não supridas e garantir a regularidade dos atendimentos e a continuidade da assistência hospitalar.

Indicador 02 a 09 - Coordenador Médico Com Carga Horária Mínima De 12h semanais, Abril 2026.

Em conformidade com o Edital de Chamamento Público nº 001/2025, o Hospital Municipal de Araucária manteve, no período avaliado, a composição mínima de coordenações médicas exigidas contratualmente, contando com 9 coordenadores médicos atuantes, incluindo a Coordenação do Pronto

Atendimento Infantil, conforme previsto no item 2.5 das Diretrizes Gerais do referido edital.

No mês de abril de 2026, a unidade permaneceu com o quadro completo de coordenações médicas, observando o cumprimento integral da carga horária mínima semanal de 12 horas por todos os profissionais designados para as respectivas coordenações. Dessa forma, o indicador referente ao cumprimento da carga horária das coordenações médicas atingiu 100% de execução no período avaliado.

O acompanhamento das coordenações médicas permanece sendo realizado de forma contínua pela Direção Técnica da unidade, visando assegurar a regularidade das atividades assistenciais, o alinhamento dos fluxos operacionais e o adequado funcionamento dos serviços médicos prestados no âmbito hospitalar.

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

- Anestesiologia: Dra. Denise Rose – Registro de Qualificação de Especialista nº 5049;
- Clínica Médica e UTI Adulto: Dra. Maria Cláudia Hahn Ferrucio – Registro de Qualificação de Especialista nº 370 e 371;
- Clínica Cirúrgica: Dr. Cristian André Schulz – Registro de Qualificação de Especialista nº 35.188;
- Clínica Ginecológica e Obstétrica: Dra. Leila Wessler Faust – Registro de Qualificação de Especialista nº 28.007;
- Clínica Ortopédica: Dra. Ana Alice Destri – Registro de Qualificação de Especialista nº 24.408;
- Pronto Atendimento Infantil e Pediatria: Dra. Camila de Oliveira Benato – Registro de Qualificação de Especialista nº 22.162;

- UTI Neonatal e Pediátrica: Dra. Bruna Paula Silveira – Registro de Qualificação de Especialista nº 25.595;
- Pronto Socorro Geral: Dra. Talita Ribeiro da Silva – Registro de Qualificação de Especialista nº 35.837.

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

A Direção Técnica do Hospital Municipal de Araucária, sob responsabilidade do Dr. Isaac Brambilla, manteve regular cumprimento da carga horária semanal de 20 (vinte) horas, em conformidade com as atribuições inerentes à função e disposições institucionais vigentes.

No período avaliado, foram desenvolvidas atividades relacionadas à supervisão técnica dos serviços assistenciais, acompanhamento de processos internos, organização documental, monitoramento das rotinas operacionais e apoio à gestão das escalas médicas, visando assegurar a regularidade dos fluxos assistenciais e o adequado funcionamento dos serviços hospitalares.

A atuação da Direção Técnica permaneceu voltada ao acompanhamento contínuo das demandas institucionais e assistenciais da unidade, contribuindo para a manutenção da organização operacional e da continuidade dos serviços prestados no âmbito hospitalar.

INDICADOR – INTERNAMENTO/SAÍDAS HOSPITALARES

Indicador 11 – Internamentos/Saídas Hospitalares, Abril 2026.

Durante o período analisado, foram registradas 315 (trezentos e quinze) saídas hospitalares decorrentes de atendimentos clínicos de urgência/emergência (óbitos, alta melhorado, transferência externa, alta a pedido e/ou evasão) e 154 (cento e cinquenta e quatro) saídas de pacientes cirúrgicos de urgência/emergência, totalizando 469 (quatrocentos e sessenta e nove) saídas de urgência/emergência, quantitativo superior à meta estabelecida no contrato de gestão.

No mês de Abril de 2026, foram registradas 553 (quinhentos e cinquenta e três) saídas hospitalares, das quais 469 (quatrocentos e sessenta e nove) referiram-se a atendimentos de urgência/emergência e 84 (oitenta e quatro) a pacientes eletivos, em conformidade com a meta estabelecida.

INDICADOR – CIRURGIAS ELETIVAS HOSPITALARES

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

No período de abril de 2026, foram realizados 113 procedimentos cirúrgicos eletivos, frente à meta contratual de 145 cirurgias, correspondendo a 77,93% de execução global do indicador previsto no Contrato de Gestão. No detalhamento por especialidade, observou-se o seguinte desempenho assistencial:

- Cirurgia Geral: 15 procedimentos realizados frente à meta de 20;
- Cirurgia Geral Videolaparoscópica: 7 procedimentos realizados frente à meta de 10;

- Cirurgia Geral – Coloproctologia: ausência de produção no período, frente à meta de 10 procedimentos;
- Cirurgia Pediátrica: 20 procedimentos realizados, atingindo integralmente a meta prevista;
- Cirurgia Ginecológica: 44 procedimentos realizados frente à meta de 40;
- Cirurgia Ginecológica – Endometriose por Videolaparoscopia: 5 procedimentos realizados frente à meta de 4;
- Ginecologia – Outras Cirurgias: 1 procedimento realizado;
- Cirurgia Ortopédica de baixa e média complexidade: 5 procedimentos realizados, atingindo integralmente a meta prevista;
- Laqueadura Pós-Parto: 2 procedimentos realizados frente à meta de 5;
- Cirurgia Vascular: 14 procedimentos realizados frente à meta de 20.

A análise do período demonstra manutenção da produção cirúrgica eletiva no âmbito das especialidades pactuadas, com execução assistencial concentrada em procedimentos de maior demanda regulada, especialmente nas áreas de cirurgia ginecológica, cirurgia pediátrica e ortopedia, as quais apresentaram desempenho compatível ou superior ao previsto em contrato.

Verifica-se, por outro lado, que determinadas especialidades não atingiram o quantitativo estabelecido para o período, com impacto direto no resultado global do indicador. Destaca-se a ausência de produção em Coloproctologia, decorrente da indisponibilidade de profissional habilitado para execução dos procedimentos no período, bem como a redução de produção em Laqueadura Pós-Parto, condicionada ao perfil de elegibilidade da demanda obstétrica apresentada na competência.

Cumprir registrar que o desempenho do indicador foi impactado por intercorrência de natureza estrutural ocorrida no período, relacionada à execução de intervenção para substituição do telhado dos setores da Maternidade, Centro Obstétrico e Pronto Atendimento Obstétrico, conforme formalizado por meio dos Ofícios HMA nº 068/2026 e nº 086/2026.

A referida intervenção implicou reorganização temporária dos fluxos assistenciais da unidade, com remanejamento de setores e readequação operacional do ambiente hospitalar, o que resultou na suspensão das cirurgias eletivas previamente agendadas no período de 07 a 17 de abril de 2026, permanecendo inalterada a assistência de urgência e emergência.

A unidade mantém monitoramento contínuo dos indicadores cirúrgicos, com acompanhamento sistemático da produção por especialidade e análise das variações observadas no período, bem como interlocução permanente entre equipes assistenciais, centro cirúrgico e regulação municipal, com vistas ao aprimoramento dos fluxos e à recomposição gradual dos níveis de produção pactuados.

INDICADOR – CONSULTAS E CIRURGIAS AMBULATORIAIS ELETIVAS

No período de abril de 2026, a unidade apresentou produção de 70 cirurgias ambulatoriais, frente à meta contratual de 105 procedimentos, correspondendo a 66,67% de execução do indicador no período avaliado.

No detalhamento por especialidade, observam-se os seguintes resultados: vasectomia, com meta de 5 procedimentos e realização de 5, atingindo 100% da meta prevista; cirurgia ambulatorial, com meta de 50 procedimentos e realização de 19, correspondendo a 38% de execução; e

procedimentos de varizes com espuma, com meta de 50 procedimentos e realização de 46, alcançando 92% de execução.

Apesar do não atingimento global da meta contratual, destacam-se resultados satisfatórios nos procedimentos de vasectomia e varizes com espuma, demonstrando manutenção da capacidade operacional da unidade, organização dos fluxos assistenciais e continuidade da assistência ambulatorial especializada no período avaliado.

Ressalta-se ainda que o desempenho do indicador foi impactado pela necessidade de reorganização temporária dos fluxos assistenciais da unidade hospitalar, em razão da realização de intervenção estrutural para substituição do telhado dos setores da Maternidade, Centro Obstétrico e Pronto Atendimento Obstétrico, conforme formalizado por meio dos Ofícios HMA nº 068/2026 e nº 086/2026.

Em decorrência da intervenção estrutural, houve remanejamento temporário de setores assistenciais e reorganização operacional da unidade, impactando diretamente a disponibilidade da estrutura destinada à realização de procedimentos eletivos e ambulatoriais. Diante desse cenário, as cirurgias eletivas previamente agendadas permaneceram suspensas no período compreendido entre 07 e 17 de abril de 2026, sendo mantidos exclusivamente os atendimentos de urgência e emergência.

Além disso, a análise do desempenho evidencia impacto relacionado à formação insuficiente de agenda regulada, oscilação da demanda encaminhada pela rede municipal e absenteísmo dos pacientes agendados, fatores que interferem diretamente no aproveitamento integral das vagas disponibilizadas pela unidade.

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

A execução das consultas eletivas permanece diretamente relacionada à demanda regulada pela Central de Regulação Ambulatorial, disponibilidade de agendas médicas especializadas, comparecimento dos pacientes agendados e dinâmica operacional dos serviços ambulatoriais da unidade.

A unidade permanece realizando acompanhamento contínuo das agendas ambulatoriais e monitoramento sistemático dos indicadores assistenciais, visando fortalecimento da assistência especializada, otimização da ocupação das vagas disponibilizadas e manutenção da regularidade dos atendimentos eletivos prestados à população usuária do Sistema Único de Saúde.

Cardiologia – Avaliação Pré-Sedação

No mês de abril de 2026, foram agendadas 111 consultas de Cardiologia para avaliação pré-sedação, das quais 87 foram efetivamente realizadas, correspondendo a 78,38% de execução da meta contratual. No período, registrou-se índice de absenteísmo de 20,35%, além da necessidade de reagendamento de parte das consultas para competência subsequente.

Observa-se que o principal fator de impacto no atingimento integral da meta permanece relacionado à insuficiência de demanda regulada encaminhada pela Central de Regulação Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde, ocasionando ociosidade parcial das agendas disponibilizadas pela unidade, mesmo diante da manutenção da oferta contratualmente prevista.

Ressalta-se que a unidade manteve integralmente a disponibilização das vagas pactuadas, realizando acompanhamento contínuo da ocupação das agendas e monitoramento sistemático dos atendimentos agendados, visando garantir o adequado aproveitamento da capacidade instalada e continuidade da assistência ambulatorial especializada.

Plano de Parto

No período de 01 a 30 de abril de 2026, foram disponibilizadas 60 primeiras consultas de Plano de Parto, conforme quantitativo previsto contratualmente, mantendo regularidade da oferta assistencial pactuada para a especialidade.

A unidade manteve organização e acompanhamento contínuo das agendas ambulatoriais relacionadas ao Plano de Parto, assegurando a continuidade da assistência às gestantes encaminhadas pela rede municipal de saúde, em conformidade com os fluxos regulatórios estabelecidos junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Observa-se manutenção da regularidade operacional do serviço no período avaliado, com monitoramento contínuo da oferta e demanda assistencial, visando garantir adequado funcionamento das agendas, continuidade do atendimento e fortalecimento da assistência materno-infantil prestada pela unidade hospitalar.

Permanecerá sendo realizado acompanhamento sistemático das agendas de Plano de Parto, em articulação contínua com a Central de Regulação Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde, visando manutenção da regularidade da oferta assistencial, otimização da ocupação das vagas disponibilizadas e fortalecimento dos fluxos de atendimento às pacientes encaminhadas para acompanhamento especializado.

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

No período de abril de 2026, a unidade apresentou produção de 70 cirurgias ambulatoriais, frente à meta contratual de 105 procedimentos, correspondendo a 66,67% de execução do indicador no período avaliado.

No detalhamento por especialidade, observam-se os seguintes resultados: vasectomia, com meta de 5 procedimentos e realização de 5, atingindo 100% da meta prevista; cirurgia ambulatorial, com meta de 50 procedimentos e realização de 19, correspondendo a 38% de execução; e procedimentos de varizes com

espuma, com meta de 50 procedimentos e realização de 46, alcançando 92% de execução.

Apesar do não atingimento global da meta contratual, destacam-se resultados satisfatórios nos procedimentos de vasectomia e varizes com espuma, demonstrando manutenção da capacidade operacional da unidade, organização dos fluxos assistenciais e continuidade da assistência ambulatorial especializada no período avaliado.

Ressalta-se ainda que o desempenho do indicador foi impactado pela necessidade de reorganização temporária dos fluxos assistenciais da unidade hospitalar, em razão da realização de intervenção estrutural para substituição do telhado dos setores da Maternidade, Centro Obstétrico e Pronto Atendimento Obstétrico, conforme formalizado por meio dos Ofícios HMA nº 068/2026 e nº 086/2026.

Em decorrência da intervenção estrutural, houve remanejamento temporário de setores assistenciais e reorganização operacional da unidade, impactando diretamente a disponibilidade da estrutura destinada à realização de procedimentos eletivos e ambulatoriais. Diante desse cenário, as cirurgias eletivas previamente agendadas permaneceram suspensas no período compreendido entre 07 e 17 de abril de 2026, sendo mantidos exclusivamente os atendimentos de urgência e emergência.

Além disso, a análise do desempenho evidencia impacto relacionado à formação insuficiente de agenda regulada, oscilação da demanda encaminhada pela rede municipal e absenteísmo dos pacientes agendados, fatores que interferem diretamente no aproveitamento integral das vagas disponibilizadas pela unidade.

INDICADOR 31 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – EXAMES ELETIVOS

No período de 1º a 30 de abril de 2026, foram realizados 2.882 exames de SADT, correspondendo a 81,99% da meta contratual, considerando-se, para efeito de cálculo, o quantitativo efetivamente agendado pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA nos casos de insuficiência de demanda. A seguir, apresenta-se o detalhamento por tipo de exame, incluindo oferta, agendamentos (atuais e de competências anteriores), perdas primárias, realizados, faltas, absenteísmo, cancelamentos e percentual de realização.

Indicador 32 – Mamografias realizadas no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Mamografia é de 300 exames. No mês analisado, foram ofertadas 400 vagas/pacientes, correspondendo a 133,33% da meta prevista. Foram agendados 397 pacientes na competência atual, com perda primária de 3 pacientes. Além disso, houve 1 paciente reagendado de competências anteriores, totalizando 398 pacientes agendados.

Quanto à produção realizada, foram executados 301 exames, sendo 300 exames da competência atual e 1 exame proveniente de reagendamento anterior. O resultado corresponde a 100,33% da meta mensal prevista.

Como intercorrências, foram registrados 97 pacientes faltosos, com percentual de absenteísmo de 24,43%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame e não houve cancelamentos.

Indicador 33 – Radiodiagnósticos realizados no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Radiodiagnóstico por Exame é de 2.000 exames. No mês analisado, foram ofertadas 2.320 vagas/pacientes, correspondendo a 116,00% da meta prevista.

Foram agendados 2.207 pacientes na competência atual, com perda primária de 113 pacientes. Houve ainda 16 pacientes reagendados de competências anteriores, totalizando 2.223 pacientes agendados.

Quanto à produção realizada, foram executados 1.331 exames, sendo 1.315 exames da competência atual e 16 exames provenientes de reagendamentos anteriores. O resultado corresponde a 66,55% da meta mensal prevista.

Como intercorrências, foram registrados 535 pacientes faltosos, com percentual de absenteísmo de 24,24%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame. Foram registrados ainda 321 pacientes cancelados.

Indicador 34 – Ultrassonografias realizadas no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Ultrassonografia é de 800 exames. No mês analisado, foram ofertadas 897 vagas/pacientes, correspondendo a 112,13% da meta prevista.

Foram agendados 886 pacientes na competência atual, com perda primária de 11 pacientes. Além disso, houve 271 pacientes reagendados de competências anteriores, totalizando 1.157 pacientes agendados.

Quanto à produção realizada, foram executados 898 exames, sendo 627 exames da competência atual e 271 exames provenientes de reagendamentos anteriores. O resultado corresponde a 112,25% da meta mensal prevista.

Como intercorrências, foram registrados 257 pacientes faltosos, com percentual de absenteísmo de 29,01%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame. Foram registrados 2 pacientes cancelados.

Indicador 35 – Ultrassonografias para mapeamento de endometriose realizadas no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Ultrassonografia para Mapeamento de Endometriose é de 10 exames. No mês analisado, foram ofertadas 12 vagas/pacientes, correspondendo a 120,00% da meta prevista.

Foram agendados 12 pacientes na competência atual, sem registro de perda primária e sem pacientes reagendados de competências anteriores. Dessa forma, o total de pacientes agendados foi de 12.

Quanto à produção realizada, foram executados 12 exames, todos referentes à competência atual. O resultado corresponde a 120,00% da meta mensal prevista.

Não foram registradas intercorrências. Não houve pacientes faltosos, o percentual de absenteísmo foi de 0,00%, não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame e não houve cancelamentos.

Indicador 36 – Ecocardiogramas realizados no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Ecocardiograma Adulto e Infantil é de 60 exames. No mês analisado, foram ofertadas 93 vagas/pacientes, correspondendo a 155,00% da meta prevista.

Foram agendados 93 pacientes na competência atual, sem registro de perda primária. Houve ainda 1 paciente reagendado de competência anterior, totalizando 94 pacientes agendados.

Quanto à produção realizada, foram executados 71 exames, sendo 70 exames da competência atual e 1 exame proveniente de reagendamento anterior. O resultado corresponde a 118,33% da meta mensal prevista.

Como intercorrências, foram registrados 23 pacientes faltosos, com percentual de absenteísmo de 24,73%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame e não houve cancelamentos.

Indicador 37 – Testes ergométricos realizados no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Teste Ergométrico é de 30 exames. No mês analisado, foram ofertadas 36 vagas/pacientes, correspondendo a 120,00% da meta prevista.

Foram agendados 36 pacientes na competência atual, sem registro de perda primária e sem pacientes reagendados de competências anteriores. O total de pacientes agendados foi de 36.

Quanto à produção realizada, foram executados 16 exames, todos referentes à competência atual. O resultado corresponde a 53,33% da meta mensal prevista.

Como intercorrências, foram registrados 2 pacientes faltosos, com percentual de absenteísmo de 5,56%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame. Foram registrados 18 pacientes cancelados.

Indicador 38 – Eletrocardiogramas realizados no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Eletrocardiograma é de 100 exames. No mês analisado, foram ofertadas 125 vagas/pacientes, correspondendo a 125,00% da meta prevista.

Foram agendados 125 pacientes na competência atual, sem registro de perda primária e sem pacientes reagendados de competências anteriores. O total de pacientes agendados foi de 125.

Quanto à produção realizada, foram executados 76 exames, todos referentes à competência atual. O resultado corresponde a 76,00% da meta mensal prevista.

Como intercorrências, foram registrados 49 pacientes faltosos, com percentual de absenteísmo de 39,20%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame e não houve cancelamentos.

Indicador 39 – Biópsias de próstata por PAAF realizadas no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Biópsia de Próstata por PAAF é de 5 exames. No mês analisado, foram ofertadas 6 vagas/pacientes, correspondendo a 120,00% da meta prevista.

Foram agendados 6 pacientes na competência atual, sem registro de perda primária e sem pacientes reagendados de competências anteriores. O total de pacientes agendados foi de 6.

Quanto à produção realizada, foram executados 3 exames, todos referentes à competência atual. O resultado corresponde a 60,00% da meta mensal prevista.

Como intercorrências, foram registrados 3 pacientes faltosos, com percentual de absenteísmo de 50,00%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame e não houve cancelamentos.

Indicador 40 – Endoscopias realizadas no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Endoscopia é de 100 exames. No mês analisado, foram ofertadas 120 vagas/pacientes, correspondendo a 120,00% da meta prevista.

Foram agendados 121 pacientes na competência atual. A tabela registra perda primária de -1, conforme dado apresentado. Houve ainda 5 pacientes reagendados de competências anteriores, totalizando 126 pacientes agendados.

Quanto à produção realizada, foram executados 91 exames, sendo 86 exames da competência atual e 5 exames provenientes de reagendamentos anteriores. O resultado corresponde a 91,00% da meta mensal prevista.

Como intercorrências, foram registrados 25 pacientes faltosos, com percentual de absenteísmo de 20,66%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame. Foram registrados 10 pacientes cancelados.

Indicador 41 – Colonoscopias realizadas no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Colonoscopia/Retossigmoide é de 100 exames. No mês analisado, foram ofertadas 120 vagas/pacientes, correspondendo a 120,00% da meta prevista.

Foram agendados 113 pacientes na competência atual, com perda primária de 7 pacientes. Não houve pacientes reagendados de competências anteriores, totalizando 113 pacientes agendados.

Quanto à produção realizada, foram executados 83 exames, todos referentes à competência atual. O resultado corresponde a 83,00% da meta mensal prevista.

Como intercorrências, foram registrados 29 pacientes faltosos, com percentual de absenteísmo de 25,66%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame. Foi registrado 1 paciente cancelado.

Indicador 42 – Ecocardiogramas fetais realizados no Hospital Municipal de Araucária, Abril 2026.

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal para Ecocardiograma Fetal é de 10 exames. No mês analisado, não houve oferta de vagas/pacientes, constando 0 pacientes ofertados, o que corresponde a 0,00% da meta prevista.

Não houve pacientes agendados na competência atual, não houve perda primária e não houve pacientes reagendados de competências anteriores. O total de pacientes agendados foi de 0.

CONCLUSÃO – INDICADOR SADT

Conforme o Termo de Referência, a meta mensal total dos procedimentos listados é de 3.515 exames. No mês analisado, foram ofertadas 4.129 vagas/pacientes, correspondendo a 117,47% da meta prevista.

Foram agendados 3.996 pacientes na competência atual, com perda primária total de 133 pacientes. Houve ainda 294 pacientes reagendados de competências anteriores, totalizando 4.290 pacientes agendados.

Quanto à produção realizada, foram executados 2.882 exames, sendo 2.588 exames da competência atual e 294 exames provenientes de reagendamentos anteriores. O resultado corresponde a 81,99% da meta mensal prevista.

Como intercorrências gerais, foram registrados 1.020 pacientes faltosos, resultando em um percentual de absenteísmo de 23,78%. Não houve pacientes impossibilitados de realizar o exame por motivos assistenciais ou operacionais. No período, ocorreram 352 cancelamentos de pacientes, justificados por problemas técnicos na comunicação via WhatsApp, situação sanada a partir da aquisição de uma plataforma específica de comunicação em 14/04/2026.

A única exceção relacionada à falta de profissional refere-se ao exame de Ecocardiograma Fetal, para o qual ainda há dificuldade de inclusão de



especialista no corpo clínico, embora já exista estratégia de contratação definida, visando a regularizar a oferta desse serviço

6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Associação de Proteção a Maternidade e Infância de Ubaíra – S3 Gestão em Saúde, organização social sem fins lucrativos, atual gestora do Hospital Municipal de Araucária permanecerá realizando alinhamento contínuo junto a esta Secretaria para melhoria dos serviços e ações em saúde voltados a população do Município de Araucária – PR.

É mister informar que apesar dos esforços assistenciais e gerenciais, alguns indicadores permanecem aquém do esperado por esta Organização Social. Apesar do resultado negativo, continuaremos empenhados em busca da melhoria da qualidade assistencial para os usuários assistidos por este equipamento social.

No que tange ao matriciamento das ofertas eletivas, o HMA se dispões a fortalecer a comunicação com a Central de Regulação Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do envio regular da oferta de vagas disponíveis, visando otimizar o encaminhamento de pacientes para a especialidade. Permanecerão sendo adotadas medidas de monitoramento da taxa de ocupação das agendas e acompanhamento dos pacientes reagendados, além do fortalecimento das estratégias de confirmação prévia das consultas, com foco na redução do absenteísmo e melhor aproveitamento da capacidade assistencial disponível.

O alcance das metas qualitativas depende de um esforço contínuo de monitoramento, capacitação e aprimoramento dos processos assistenciais. Os avanços demonstram que as iniciativas adotadas estão gerando impactos

positivos, mas reforçam a necessidade de manter a avaliação e a adaptação das estratégias para garantir a excelência na prestação dos serviços de saúde.

Reforçamos a importância da comunicação contínua entre os profissionais, visando a melhoria constante dos processos e serviços oferecidos. Além disso, destacamos a disponibilidade da instituição para prestar quaisquer esclarecimentos ou fornecer detalhes adicionais que se façam necessários, reafirmando nosso compromisso com a transparência e a satisfação de todos os envolvidos. Colocamo-nos à disposição.

Araucária, 22 de Maio de 2026.

Diretoria Geral

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Diretoria Técnica

Hospital Municipal de Araucária – HMA

Gerência Assistencial

Hospital Municipal de Araucária – HMA