



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**

MAIO/2026

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
OBJETIVO.....	5
CONTEXTUALIZAÇÃO.....	6
METAS QUALITATIVAS	8
METAS QUANTITATIVAS	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99

1.

INTRODUÇÃO

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

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

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

Assim, este documento é o **quarto (4º)** Relatório de Prestação de Contas do Contrato de Gestão Nº 023/2026, onde será possível apresentar o desempenho da equipe no período de **01 a 31 de maio 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 31 de maio 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.

3.1 Cenário Operacional e Estrutural do Hospital Municipal de Araucária

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

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

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

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

4.

METAS QUALITATIVAS

Durante o mês em análise, a performance atingiu 81,50 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, Maio 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.	67,70%	0
2	Taxa de ocupação da Cirurgia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	77,40%	2
3	Taxa de ocupação da Internação Geral	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	73,00%	2
4	Taxa de ocupação da Ginecologia/Obstetrícia	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	67,70%	0
5	Taxa de ocupação do UCIN	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	24,73%	0
6	Taxa de ocupação Internação Clínica Médica	≥ 80%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	79,20%	2



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
7	Taxa de ocupação da UTI Adulto	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100.	86,74%	2
8	Taxa de ocupação da UTI Pediátrica	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	54,84%	0
9	Taxa de ocupação da Unidade Neonatal	≥ 85%	2	Nº de paciente-dia/Nº de leitos-dia) x 100	79,35%	0
10	Manter a Média de Permanência da Pediatria	≤ 04 dias	2	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	1,90	2
11	Manter a Média de Permanência da Cirurgia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	1,71	3
12	Manter a Média de Permanência da Ginecologia/Obstetrícia	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,12	3
13	Manter a Média de Permanência da UCIN	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	3,29	3



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
14	Manter a Média de Permanência da Clínica Médica	≤ 04 dias	3	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	2,84	3
15	Manter a Média de Permanência da UTI Adulto	≤ 7 dias	4	Nº de pacientes-dia por clínica/total de saídas por clínica	5,38	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	3,64	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	10,25	4
18	Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados	≤ 4%	2	Nº de cirurgias realizadas no dia/Nº de cirurgias programadas no mapa cirúrgico do dia anterior) x 100	0,83%	2
19	Proporção de partos vaginais	≥ 65%	1,5	Total de partos vaginais/ total de partos realizados) x 100	54,74%	0
20	Taxa de Mortalidade Não	Análise crítica das informações e	0,5	Nº de óbitos após 24h e/ou	0,62%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Institucional	apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos		internação / total saídas) x 100		
21	Taxa de Mortalidade Institucional	Análise crítica das informações e apresentação de PDSA** realizado pela comissão de óbitos	0,5	Nº de óbitos após 24h e/ou Internação / total saídas) x 100	3,70%	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	0,47%	0,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
24	Taxa de acolhimento com classificação de risco por Enfermeiro aos usuários atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico	$\geq 98\%$	0,5	Nº total de pacientes classificados / Nº total de pacientes atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico. X 100	99,21%	0,5
25	Tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco	≤ 8 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera para classificação de Risco de todos os pacientes / Nº total de pacientes atendidos)	00:05:28	0,5
26	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico - Risco Azul/Não Urgente	≤ 240 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes não urgente/Nº total de pacientes Não Urgentes não atendidos	00:57:45	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	00:51:01	0,5
28	Tempo Médio de Espera para	≤ 60 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Urgentes/Nº total de pacientes Urgentes não atendidos.	00:30:00	0,5



GESTÃO EM SAÚDE

Araucária
PREFEITURA

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	Atendimento Médico - Risco Amarelo/Urgente					
29	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico-Risco Laranja/ Muito Urgente	≤ 10 minutos	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Muito Urgente /Nº total de pacientes Muito Urgente não atendidos	00:08:00	0,5
30	Tempo Médio de Espera para Atendimento Médico-Risco Vermelho/ Emergência	Imediato	0,5	Soma dos tempos de espera de todos os pacientes Emergência /Nº total de pacientes Emergência não atendidos.	00:00:00	0,5
31	Tempo médio permanência no PS Geral < 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	01:18:27	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	01:31:06	1,5
33	Tempo médio permanência no PA Infantil 12 horas	< 12 horas	1,5	O tempo médio é gerado automaticamente pelo sistema Tasy e está disponível no relatório 1338	01:18:27	1,5



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
34	Taxa Global de Infecção Hospitalar	$\leq 2\%$	2	$(N^{\circ} \text{ de infecções hospitalares} / \text{total saídas}) \times 100$	0,82%	2
35	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM)	≤ 10	2	$(N^{\circ} \text{ de pacientes com pneumonia associada à VM} / \text{VM dia}) \times 1.000$	0,00	2
36	Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV)	≤ 1	2	$(N^{\circ} \text{ de pacientes com ITU associada à CV} / \text{CV dia}) \times 1.000$	8,19	0
37	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC)	≤ 10	2	$(N^{\circ} \text{ de pacientes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC} / \text{CVC dia}) \times 1.000$	5,88	2
38	Incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas	≤ 1	2	$(N^{\circ} \text{ de ISC em cirurgias limpas} / N^{\circ} \text{ de cirurgias limpas realizadas}) \times 100$	0,00	0

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
39	Incidência de quedas de pacientes internados	≤ 1	2	$(N^{\circ} \text{ de quedas} / N^{\circ} \text{ de pacientes dia}) \times 1000$.	0,66	2
40	Incidência de Lesões de Pele (LP) em pacientes internados	≤ 5	2	$(N^{\circ} \text{ de casos novos de pacientes com LP} / N^{\circ} \text{ total de pacientes internados no período}) \times 100$	0,66	2
41	Apresentar taxa de cumprimento do Checklist de Cirurgia Segura do protocolo de cirurgia segura	Cumprido = 1,00 Não Cumprido=0,0	1	$(N^{\circ} \text{ de checklists de cirurgia segura preenchidos corretamente} / N^{\circ} \text{ total de cirurgias realizadas}) \times 100$.	100%	1
42	Disponibilizar 100% dos SADT eletivos para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas contidas no Anexo II do edital	100%	1	$(\text{Total de SADT eletivo disponibilizado no Sistema de informação} / \text{Meta pactuada para SADT eletivo}) \times 100$.	120,60%	1
43	Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, conforme as metas quantitativas	100%	1	$(\text{Total de primeiras consultas disponibilizadas no Sistema de Informação} / \text{Meta pactuada para primeiras consultas}) \times 100$.	121,74%	1

Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
	contidas no Anexo II do edital					
44	Realizar 100% das confirmações de presença e faltados pacientes eletivos agendados no Sistema de Informação utilizado pela SMSA.	100%	1	(Total de confirmações de presença e falta realizadas no Sistema de informação da SMSA/ Total de agendamentos) x100.	99,22%	0
45	Informar o censo hospitalar, no mínimo quatro vezes ao dia para o Departamento de Urgência e Emergência.	Cumprido = 1,00 Não Cumprido = 0,0	1	Nº de atualizações diárias do censo da UTI. Relatório do NIR e planilha Compartilhada entre DUE, Comissão de Fiscalização, NAS e NIR do HMA.	100%	1
46	Realizar altas referenciadas com agendamento de no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde	≥ 70%	1	(Total de agendamentos de alta referenciada realizados /Total de saídas hospitalares) x 100	100%	1



GESTÃO EM SAÚDE



Araucária
PREFEITURA



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
47	Realizar altas referenciadas com agendamento de 100% (cem por cento) das puérperas e dos recém-nascidos (RN) egressos nas Unidades de Saúde	100%	1,5	(Total de agendamentos de puérperas e RN de alta referenciada realizados / Total de saídas hospitalares) x 100.	100%	1,5
48	Percentual de reinternações em até 30 dias inferior a 20%.	≤ 20%	1,5	(Nº de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Nº total de internações hospitalares) X 100	8,40%	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

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

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



GESTÃO EM SAÚDE



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



GESTÃO EM SAÚDE



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

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



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Memória de Cálculo	Resultado	Pontuação Alcançada
67	Manter Índice de Capacitação em Metas de Segurança do Paciente	≥75%	1	(Nº de Funcionários Capacitados em Metas de Segurança / Nº Total de Funcionários) x 100	78,14%	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	99,35%	1
TOTAL			100	PONTUAÇÃO FINAL 81,50		

4.1 Análise das Metas Não Atingidas

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

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

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

INDICADORES DE GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE OCUPAÇÃO

Indicador 01 - Taxa ocupação Pediátrica, Maio 2025

No mês de maio de 2026, a Clínica Pediátrica do Hospital Municipal de Araucária apresentou seus indicadores assistenciais avaliados segundo o modelo SIH/SUS — Sistema de Informações Hospitalares do SUS, utilizando como base as altas/saídas informadas, associadas à média histórica de permanência da especialidade.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy, no período de 01/05/2026 a 31/05/2026, a Clínica Pediátrica apresentou 112 pacientes, 10 leitos ativos, 200 pacientes-dia, taxa de ocupação hospitalar de 64,52%, 105 saídas e média de permanência de 1,90 dia.

Considerando a metodologia SIH/SUS adotada institucionalmente para as enfermarias, o cálculo ajustado foi realizado com as 105 altas/saídas informadas, utilizando a média histórica de permanência de 2 dias.

Aplicando a fórmula:

$105 \text{ altas/saídas} \times 2 \text{ dias} = 210 \text{ pacientes-dia estimados}$

$10 \text{ leitos} \times 31 \text{ dias} = 310 \text{ leitos-dia}$

$210 \div 310 \times 100 = 67,7\%$

Resultado estimado da taxa de ocupação hospitalar da Clínica Pediátrica em maio de 2026: 67,7%.

Indicador 01 - Análise crítica e plano de ação

A Clínica Pediátrica apresentou taxa de ocupação de 64,52% no relatório Tasy e taxa ajustada de 67,7% pela metodologia SIH/SUS. A proximidade entre os dois indicadores demonstra maior aderência entre o dado automatizado do sistema e a análise ajustada pela média histórica no mês de maio.

A média de permanência apresentada pelo Tasy foi de 1,90 dia, valor próximo da média histórica institucional de 2 dias utilizada para análise da Clínica Pediátrica. Essa aproximação sugere que, no mês de maio, o indicador automatizado apresentou comportamento mais compatível com o perfil histórico da unidade.

Ainda assim, recomenda-se manter a metodologia SIH/SUS para a Clínica Pediátrica, utilizando as altas/saídas informadas associadas à média histórica de permanência. Essa padronização é necessária porque a unidade possui perfil assistencial de elevada rotatividade, com observações clínicas, internações breves, hidratação venosa, antibioticoterapia, estabilização e atendimentos com permanência inferior a 24 horas.

Quando essas permanências curtas não são contabilizadas de forma proporcional pelo sistema, pode ocorrer subdimensionamento dos pacientes-dia, da média de permanência e da taxa de ocupação hospitalar. Por esse motivo, mesmo com maior aproximação entre Tasy e SIH/SUS em maio, a manutenção da média histórica de 2 dias garante comparabilidade institucional com os meses anteriores e maior segurança técnica na análise gerencial.

Todavia, a interpretação desse indicador exige análise contextualizada do perfil assistencial da unidade. Diferentemente das enfermarias hospitalares tradicionais, a Clínica Pediátrica do Hospital Municipal de Araucária possui característica híbrida, funcionando predominantemente como unidade de observação vinculada ao pronto-atendimento infantil. A maior parte dos leitos é destinada à permanência transitória de pacientes em observação clínica, hidratação venosa, antibioticoterapia, monitorização, estabilização e definição diagnóstica, com elevada rotatividade e permanências frequentemente inferiores a 24 horas.

Mesmo diante dessa característica operacional, observa-se que a taxa de ocupação permaneceu elevada ao longo do período analisado, demonstrando utilização expressiva da estrutura disponível e demanda assistencial contínua. Tal comportamento reforça a importância da unidade como retaguarda imediata do pronto-atendimento pediátrico e como mecanismo de estabilização clínica antes da alta hospitalar ou encaminhamento para outros níveis de atenção.

Outrossim, é importante destacar que a Clínica Pediátrica possui dinâmica assistencial distinta de setores como Alojamento Conjunto e Maternidade. Enquanto a ocupação obstétrica está diretamente relacionada ao número de nascimentos e ao período fisiológico de permanência materno-infantil, a Clínica Pediátrica está inserida em um fluxo de urgência e emergência, no qual a permanência tende a ser naturalmente reduzida. Dessa forma, a utilização de metas idênticas de taxa de ocupação para ambos os setores pode não refletir adequadamente suas particularidades operacionais e assistenciais.

Adicionalmente, quando pacientes pediátricos demandam avaliação por subespecialidades, procedimentos de maior complexidade ou recursos não disponíveis na instituição, estes são inseridos nos fluxos regulatórios da Rede de Urgência e Emergência, sendo encaminhados para unidades de referência. Esse modelo assistencial contribui para permanências mais curtas e reduz a comparabilidade direta com enfermarias hospitalares convencionais destinadas à internação prolongada.

Como plano de ação, recomenda-se manter a validação mensal entre relatório Tasy, altas/saídas auditadas pelo SIH/SUS, prontuário eletrônico e movimentação de leitos, especialmente para identificar internações inferiores a 24 horas, movimentações internas e diferenças entre critérios assistenciais e administrativos de contabilização.

A taxa de ocupação pediátrica observada no período deve ser interpretada considerando o perfil epidemiológico sazonal, a demanda regulada encaminhada pela rede municipal e a menor incidência de internações pediátricas de média complexidade no período analisado.

Não foram identificadas restrições operacionais ou assistenciais que impedissem a admissão de pacientes pediátricos, permanecendo a unidade apta ao atendimento integral da demanda encaminhada pelos mecanismos regulatórios competentes.

Como plano de ação, a gestão manterá monitoramento conjunto com o NIR e a Central de Regulação visando avaliar oportunidades de otimização da utilização dos leitos disponíveis.

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

No mês de maio de 2026, a Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Araucária apresentou seus indicadores assistenciais avaliados segundo o modelo SIH/SUS, utilizando como base as altas/saídas informadas, associadas à média histórica de permanência da especialidade.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy, no período de 01/05/2026 a 31/05/2026, a Clínica Cirúrgica apresentou 113 pacientes, 13 leitos ativos, 180 pacientes-dia, taxa de ocupação hospitalar de 44,67%, 105 saídas e média de permanência registrada pelo sistema de aproximadamente 1,71 dia.

Entretanto, considerando a metodologia SIH/SUS adotada institucionalmente para as enfermarias, o cálculo ajustado foi realizado com as 104 altas/saídas informadas, utilizando a média histórica de permanência de 3 dias.

A fórmula utilizada foi:

$$\text{Taxa de Ocupação Ajustada (\%)} = \frac{(\text{Altas/Saídas} \times \text{Média Histórica de Permanência})}{(\text{Leitos Ativos} \times \text{Dias do Mês})} \times 100$$

Aplicando a fórmula:

$104 \text{ altas} \times 3 \text{ dias} = 312 \text{ pacientes-dia estimados}$

$13 \text{ leitos} \times 31 \text{ dias} = 403 \text{ leitos-dia}$

$312 \div 403 \times 100 = 77,4\%$

Resultado estimado da taxa de ocupação hospitalar da Clínica Cirúrgica em maio de 2026: 77,4%.

Indicador 02 - Análise crítica e plano de ação

A Clínica Cirúrgica apresentou diferença expressiva entre a taxa de ocupação demonstrada pelo Tasy, de 44,67%, e a taxa estimada pela metodologia SIH/SUS, de 77,4%. Essa diferença reforça a limitação metodológica já identificada nos relatórios anteriores, especialmente relacionada à contabilização de internações inferiores a 24 horas, admissões de curta permanência, movimentações internas e registros cirúrgicos de alta rotatividade.

A média de permanência apresentada pelo Tasy, de aproximadamente 1,71 dia, encontra-se abaixo da média histórica institucional utilizada para a Clínica Cirúrgica, que é de 3 dias. Essa diferença reduz artificialmente o número de pacientes-dia e compromete a análise real da produção assistencial quando se utiliza exclusivamente o relatório automatizado do sistema.

Além da inconsistência metodológica, o mês de maio sofreu impacto operacional direto pela reforma integral do telhado. A Clínica Médica e a Clínica Cirúrgica compreendem uma unidade integrada de internação que, em sua capacidade habitual, dispunha de 35 leitos. Durante o período de restrição, essa unidade integrada passou a operar com apenas 15 leitos operacionais, representando redução temporária de 20 leitos disponíveis para absorção da demanda clínica e cirúrgica.

Essa redução de 35 para 15 leitos teve impacto direto na capacidade de admissão, na retaguarda assistencial, na rotatividade dos leitos, na produção cirúrgica e no recebimento de pacientes regulados pela rede. Dessa forma, a taxa apresentada pelo Tasy não deve ser interpretada isoladamente como baixa demanda ou ociosidade assistencial, pois o indicador foi diretamente influenciado pela redução da capacidade operacional, pelo bloqueio de leitos e pela restrição de encaminhamentos regulados.

Outro ponto relevante é que, durante a intervenção estrutural, houve suspensão das cirurgias eletivas de Cirurgia Geral e Ortopedia, mantendo-se exclusivamente procedimentos de urgência e emergência. Essa medida impactou diretamente a produção cirúrgica programada, o volume de internações eletivas e a ocupação da Clínica Cirúrgica no período.

Como plano de ação imediato, recomenda-se manter a utilização da média histórica de 3 dias para análise da Clínica Cirúrgica, associada às altas/saídas auditadas. Também se recomenda registrar, nos relatórios mensais, a diferença entre capacidade física

cadastrada e capacidade operacional efetivamente disponível, especialmente em períodos de reforma, bloqueio de leitos ou restrição estrutural.

No curto prazo, recomenda-se validar mensalmente, junto ao NIR, coordenação assistencial, faturamento e tecnologia da informação, o mapa de leitos ativos, bloqueados e indisponíveis, permitindo maior rastreabilidade dos leitos-dia operacionais. A médio e longo prazo, torna-se necessária a revisão dos relatórios gerenciais do Tasy, garantindo maior fidedignidade dos dados relacionados à permanência inferior a 24 horas e à ocupação real da unidade.

Conclui-se que a Clínica Cirúrgica apresentou taxa estimada de ocupação de 77,4% em maio de 2026, porém esse resultado deve ser analisado no contexto da restrição estrutural do período, uma vez que a unidade integrada de internação Clínica Médica/Clínica Cirúrgica passou de 35 leitos para 15 leitos operacionais, impactando diretamente a capacidade assistencial, o recebimento de pacientes regulados e a produção cirúrgica do mês.

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

No mês de maio de 2026, o Hospital Municipal de Araucária apresentou taxa de ocupação hospitalar geral estimada de 73,0%, calculada pela metodologia híbrida já adotada institucionalmente: nas enfermarias, utilizou-se o modelo SIH/SUS, com altas/saídas associadas à média histórica de permanência; nas unidades críticas e neonatais, foram mantidos os dados extraídos diretamente dos relatórios do Tasy.

O consolidado das enfermarias apresentou 1.439,5 pacientes-dia estimados, correspondendo a 73,7% de ocupação, enquanto as unidades críticas e neonatais totalizaram 439 pacientes-dia, com ocupação consolidada de 70,8%. Somados os dois grupos, foram considerados 1.878,5 pacientes-dia em 83 leitos, durante os 31 dias do mês, resultando na taxa geral institucional de 73,0%.

Indicador 03 - Análise crítica e plano de ação

A taxa de ocupação geral de 73,0% em maio de 2026 deve ser considerada satisfatória diante do cenário operacional vivenciado pela instituição. O mês foi diretamente

impactado pela reforma integral do telhado, com intervenção estrutural crítica nos setores de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica no período de 01 a 15 de maio de 2026, ocasionando bloqueio temporário de leitos e significativa redução da capacidade operacional e assistencial.

Durante esse período, a unidade integrada formada pela Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, que habitualmente dispunha de 35 leitos, passou a operar com apenas 15 leitos operacionais, representando importante redução temporária da capacidade de internação. Essa restrição impactou diretamente o recebimento de pacientes regulados pela Rede de Urgência e Emergência, incluindo SAMU, SIATE e Central de Leitos Municipal, além de repercutir na produção cirúrgica e no fluxo de admissões clínicas.

Mesmo diante desse fechamento parcial de leitos e da restrição de encaminhamentos, a instituição manteve taxa geral de ocupação de 73,0%, demonstrando boa utilização da capacidade operacional disponível no período. Assim, o resultado não deve ser interpretado como baixa demanda ou ociosidade assistencial, mas sim como desempenho compatível com um mês atípico, marcado por contingenciamento estrutural, redução temporária de leitos e limitação do fluxo regulado.

Conclui-se que, em maio de 2026, o Hospital Municipal de Araucária apresentou boa taxa de ocupação geral, considerando o contexto de restrição operacional. A manutenção da metodologia SIH/SUS para as enfermarias permitiu análise mais fidedigna da produção assistencial, especialmente diante das limitações dos relatórios automatizados do Tasy para internações inferiores a 24 horas. O resultado de 73,0% reforça que, mesmo com a redução de 35 para 15 leitos operacionais na unidade integrada de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, houve utilização relevante da capacidade instalada disponível no período.

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

No mês de maio de 2026, a Clínica Obstétrica do Hospital Municipal de Araucária apresentou seus indicadores assistenciais avaliados segundo o modelo SIH/SUS, utilizando como base as altas/saídas informadas, associadas à média histórica de permanência da especialidade.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy, no período de 01/05/2026 a 31/05/2026, a Clínica Obstétrica apresentou 169 pacientes, 18 leitos ativos, 339 pacientes-

dia, taxa de ocupação hospitalar de 60,75%, 160 saídas e média de permanência de 2,12 dias.

Entretanto, considerando a metodologia SIH/SUS adotada institucionalmente para as enfermarias, o cálculo ajustado foi realizado com as 151 altas/saídas informadas, utilizando a média histórica de permanência de 2,5 dias.

Aplicando a fórmula:

$$151 \text{ altas} \times 2,5 \text{ dias} = 377,5 \text{ pacientes-dia estimados}$$

$$18 \text{ leitos} \times 31 \text{ dias} = 558 \text{ leitos-dia}$$

$$377,5 \div 558 \times 100 = 67,7\%$$

Resultado estimado da taxa de ocupação hospitalar da Clínica Obstétrica em maio de 2026: 67,7%.

Indicador 04 - Análise crítica e plano de ação

A Clínica Obstétrica apresentou taxa de ocupação de 60,75% no Tasy e taxa ajustada de 67,7% pela metodologia SIH/SUS. A diferença entre os indicadores é menor do que a observada nas Clínicas Médica e Cirúrgica, porém ainda demonstra a importância da utilização da média histórica para análise gerencial da unidade.

A média de permanência apresentada pelo Tasy foi de 2,12 dias, inferior à média histórica institucional de 2,5 dias. Essa diferença é relevante no contexto obstétrico, pois pequenas variações na média de permanência impactam significativamente o cálculo dos pacientes-dia, considerando o alto volume de internações, partos, puerpério, observações obstétricas e movimentações relacionadas ao binômio mãe-recém-nascido.

Embora a Clínica Obstétrica não tenha sido diretamente incluída na redução operacional de leitos da Clínica Médica e Cirúrgica, sua análise deve permanecer baseada na metodologia SIH/SUS, em razão do perfil assistencial de alta rotatividade e da possibilidade de subdimensionamento de permanências inferiores a 24 horas.

O Ofício HMA nº 121/2026 informou que os serviços de Obstetrícia, Ginecologia e UTI Neonatal permaneceram em pleno funcionamento durante o período da intervenção estrutural, sem prejuízo à assistência dessas áreas. Ainda assim, a interpretação da ocupação obstétrica deve considerar que restrições em outros setores hospitalares podem

repercutir indiretamente na dinâmica institucional, na organização dos fluxos internos e na disponibilidade de retaguarda assistencial.

Como plano de ação, recomenda-se manter a média histórica de 2,5 dias para cálculo da taxa de ocupação obstétrica associada às altas/saídas auditadas.

Conclui-se que a Clínica Obstétrica apresentou taxa estimada de ocupação de 67,7% em maio de 2026, com necessidade de manutenção da metodologia SIH/SUS para correção das possíveis distorções relacionadas à alta rotatividade e às internações de curta permanência.

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

No mês de maio de 2026, a UCIN do Hospital Municipal de Araucária foi avaliada com base nos dados extraídos diretamente do relatório Tasy, conforme metodologia adotada para unidades neonatais.

Conforme relatório gerencial do Tasy, no período de 01/05/2026 a 31/05/2026, a UCIN apresentou 9 pacientes, 3 leitos ativos, 23 pacientes-dia, taxa de ocupação hospitalar de 24,73%, 7 saídas e média de permanência de 3,29 dias.

Resultado da taxa de ocupação hospitalar da UCIN em maio de 2026: 24,73%.

Indicador 05 - Análise crítica e plano de ação

A UCIN apresentou taxa de ocupação de 24,73%, demonstrando baixa utilização da capacidade instalada no mês de maio. A média de permanência de 3,29 dias também se apresentou reduzida quando comparada ao perfil esperado de uma unidade intermediária neonatal, que habitualmente pode envolver permanências mais prolongadas relacionadas à transição do cuidado intensivo para menor complexidade.

Esse resultado deve ser analisado em conjunto com a UTI Neonatal, UTI Pediátrica e Obstetrícia, pois a linha neonatal pode distribuir sua demanda entre diferentes níveis de cuidado conforme gravidade, disponibilidade de leitos, necessidade de suporte, ganho ponderal, estabilização clínica e critérios de alta.

Como plano de ação, recomenda-se auditoria integrada da linha neonatal, avaliando admissões, altas, transferências internas entre UTI Neonatal e UCIN, tempo de

permanência, critérios clínicos de elegibilidade para cuidado intermediário e possíveis mudanças no perfil de utilização da unidade.

Conclui-se que a UCIN apresentou baixa taxa de ocupação em maio de 2026, com 24,73%, e média de permanência de 3,29 dias, demandando acompanhamento integrado com UTI Neonatal, UTI Pediátrica e Obstetrícia.

A baixa ocupação observada não decorre de limitação operacional da unidade, mas sim da menor demanda de recém-nascidos elegíveis para internação na UCIN durante o período avaliado.

A manutenção de leitos disponíveis, ainda que parcialmente ociosos, constitui requisito assistencial obrigatório para garantia da segurança materno-infantil e resposta imediata às intercorrências neonatais.

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

No mês de maio de 2026, a Clínica Médica do Hospital Municipal de Araucária apresentou seus indicadores assistenciais avaliados segundo o modelo SIH/SUS, utilizando como base as altas/saídas informadas, associadas à média histórica de permanência da especialidade.

Conforme relatório gerencial extraído do sistema Tasy, no período de 01/05/2026 a 31/05/2026, a Clínica Médica apresentou 134 pacientes, 22 leitos ativos, 347 pacientes-dia, taxa de ocupação hospitalar de 50,88%, 122 saídas e média de permanência de 2,84 dias.

Entretanto, considerando a metodologia SIH/SUS adotada institucionalmente para as enfermarias, o cálculo ajustado foi realizado com as 135 altas/saídas informadas, utilizando a média histórica de permanência de 4 dias.

Aplicando a fórmula:

$$135 \text{ altas} \times 4 \text{ dias} = 540 \text{ pacientes-dia estimados}$$

$$22 \text{ leitos} \times 31 \text{ dias} = 682 \text{ leitos-dia}$$

$$540 \div 682 \times 100 = 79,2\%$$

Resultado estimado da taxa de ocupação hospitalar da Clínica Médica em maio de 2026: 79,2%.

Indicador 06 - Análise crítica e plano de ação

A Clínica Médica apresentou diferença relevante entre a taxa de ocupação demonstrada pelo Tasy, de 50,88%, e a taxa estimada pela metodologia SIH/SUS, de 79,2%. Essa diferença reforça que a utilização exclusiva dos dados automatizados do Tasy pode subestimar a ocupação real da unidade, especialmente em razão da média de permanência apresentada pelo sistema, de 2,84 dias, inferior à média histórica institucional de 4 dias.

A Clínica Médica possui perfil assistencial caracterizado por pacientes com maior complexidade clínica, necessidade de investigação diagnóstica, antibioticoterapia, estabilização clínica, suporte multiprofissional, manejo de comorbidades e permanência frequentemente superior à observada nos relatórios automatizados. Quando internações inferiores a 24 horas ou movimentações internas não são contabilizadas de forma proporcional, ocorre redução artificial dos pacientes-dia, da média de permanência e da taxa de ocupação hospitalar.

Além da limitação metodológica, a Clínica Médica foi diretamente impactada pela reforma integral do telhado. A Clínica Médica e a Clínica Cirúrgica compõem uma unidade integrada de internação que, em sua capacidade habitual, dispunha de 35 leitos. Durante o período de restrição, essa unidade passou a funcionar com apenas 15 leitos operacionais, reduzindo temporariamente a capacidade de absorção de pacientes clínicos e cirúrgicos.

Essa redução de 35 para 15 leitos comprometeu diretamente o fluxo de admissões clínicas, especialmente de pacientes provenientes da Rede de Urgência e Emergência, incluindo SAMU, SIATE e Central de Leitos Municipal. A restrição formal para recebimento de pacientes regulados impactou a entrada de pacientes potencialmente graves, pacientes com necessidade de internação clínica e demandas habitualmente absorvidas pela unidade.

Dessa forma, a taxa de ocupação da Clínica Médica em maio não deve ser analisada como simples redução de demanda ou ociosidade de leitos. O resultado foi influenciado por contingenciamento estrutural formal, redução da capacidade operacional, bloqueio de leitos e limitação de recebimento de pacientes regulados.

A taxa ajustada de 79,2% demonstra utilização relevante da capacidade assistencial, especialmente considerando que o cálculo mensal utiliza os leitos cadastrados no relatório, mas a operação real da unidade ficou parcialmente restrita entre 01 e 15 de maio.

Como plano de ação imediato, recomenda-se manter a metodologia baseada em altas/saídas auditadas associadas à média histórica de permanência de 4 dias para a Clínica Médica. Também se recomenda registrar formalmente, nos relatórios mensais, a redução da capacidade operacional da unidade integrada, diferenciando leitos cadastrados, leitos ativos, leitos bloqueados e leitos efetivamente disponíveis.

No curto prazo, recomenda-se fortalecer a integração entre Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, NIR, Central de Regulação, visando avaliação dos impactos assistenciais decorrentes de contingenciamentos estruturais. A médio prazo, recomenda-se revisão da parametrização dos relatórios gerenciais do Tasy, garantindo melhor rastreabilidade das internações inferiores a 24 horas e maior confiabilidade dos indicadores assistenciais.

Conclui-se que a Clínica Médica apresentou taxa estimada de ocupação de 79,2% em maio de 2026, porém esse resultado deve ser interpretado considerando que a unidade integrada de internação Clínica Médica/Clínica Cirúrgica teve sua capacidade reduzida de 35 para 15 leitos operacionais, impactando diretamente a ocupação, o fluxo de admissões, a retaguarda clínica e o recebimento de pacientes regulados no período.

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

No mês de maio de 2026, a UTI Adulto do Hospital Municipal de Araucária foi avaliada com base nos dados extraídos diretamente do relatório Tasy, conforme metodologia adotada para unidades críticas.

Conforme relatório gerencial do Tasy, no período de 01/05/2026 a 31/05/2026, a UTI Adulto apresentou 49 pacientes, 9 leitos ativos, 242 pacientes-dia, taxa de ocupação hospitalar de 86,74%, 45 saídas e média de permanência de 5,38 dias.

Resultado da taxa de ocupação hospitalar da UTI Adulto em maio de 2026: 86,74%.

Indicador 07 - Análise crítica e plano de ação

A UTI Adulto apresentou taxa de ocupação de 86,74%, demonstrando elevada utilização da capacidade instalada e atingindo a referência contratual previamente utilizada de taxa maior ou igual a 85%.

A média de permanência de 5,38 dias mostra-se compatível com o perfil assistencial de terapia intensiva, considerando pacientes críticos que demandam monitorização contínua, suporte ventilatório, suporte hemodinâmico, cuidados multiprofissionais intensivos e maior tempo médio de internação quando comparados às enfermarias.

Diferentemente das unidades de internação clínica e cirúrgica, os dados da UTI Adulto apresentam maior confiabilidade metodológica, pois os pacientes críticos permanecem, em sua maioria, por período superior a 24 horas. Dessa forma, os pacientes-dia e a média de permanência tendem a refletir com maior fidelidade a realidade operacional da unidade.

Mesmo diante do contingenciamento operacional ocorrido nas Clínicas Médica e Cirúrgica durante a reforma do telhado, a UTI Adulto manteve ocupação elevada, sugerindo preservação do fluxo de pacientes críticos adultos e adequada utilização dos leitos intensivos.

Como plano de ação, recomenda-se manter monitoramento contínuo da taxa de ocupação da UTI Adulto, com auditoria entre prontuário eletrônico, movimentação de leitos, NIR, Central de Regulação, SAMU, SIATE e demais portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência, garantindo manutenção da ocupação compatível com a meta contratual e evitando períodos de ociosidade evitável dos leitos críticos.

Conclui-se que a UTI Adulto apresentou ocupação elevada em maio de 2026, com taxa de 86,74% e média de permanência de 5,38 dias, mantendo indicadores compatíveis com o perfil de unidade crítica e com a meta contratual utilizada como referência.

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

No mês de maio de 2026, a UTI Pediátrica do Hospital Municipal de Araucária foi avaliada com base nos dados extraídos diretamente do relatório Tasy, conforme metodologia adotada para unidades críticas.

Conforme relatório gerencial do Tasy, no período de 01/05/2026 a 31/05/2026, a UTI Pediátrica apresentou 17 pacientes, 3 leitos ativos, 51 pacientes-dia, taxa de ocupação hospitalar de 54,84%, 14 saídas e média de permanência de 3,64 dias.

Resultado da taxa de ocupação hospitalar da UTI Pediátrica em maio de 2026: 54,84%.

Indicador 08 - Análise crítica e plano de ação

A UTI Pediátrica apresentou taxa de ocupação de 54,84%, indicando ocupação moderada da capacidade instalada. A média de permanência de 3,64 dias demonstra permanência compatível com cuidado crítico, embora inferior à observada em unidades neonatais e na UTI Adulto.

A interpretação da UTI Pediátrica deve considerar a interface já observada em relatórios anteriores entre os leitos pediátricos críticos e o suporte neonatal. Em determinados períodos, leitos classificados administrativamente como UTI Pediátrica podem ser utilizados como suporte operacional à demanda neonatal crítica, interferindo na leitura gerencial da taxa de ocupação pediátrica propriamente dita.

Como plano de ação, recomenda-se manter auditoria mensal da classificação dos leitos críticos pediátricos e neonatais no Tasy, avaliando origem dos pacientes, perfil assistencial, permanência, motivo da admissão e eventual utilização operacional como retaguarda neonatal.

No curto prazo, recomenda-se alinhamento entre UTI Pediátrica, UTI Neonatal, UCIN, Obstetrícia, NIR e gestão hospitalar, visando garantir maior precisão na análise dos indicadores e melhor definição do perfil assistencial efetivamente executado pela unidade.

Conclui-se que a UTI Pediátrica apresentou taxa de ocupação de 54,84% e média de permanência de 3,64 dias em maio de 2026, com necessidade de interpretação crítica em razão da interface operacional com o fluxo neonatal.

Importante destacar que a manutenção da estrutura da UTI Pediátrica independe do volume mensal de admissões, sendo necessária para garantir retaguarda regional e atendimento imediato de situações críticas.

Dessa forma, eventual redução da ocupação não representa subutilização por falha operacional, mas sim característica da demanda assistencial observada no período.

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

No mês de maio de 2026, a UTI Neonatal do Hospital Municipal de Araucária foi avaliada com base nos dados extraídos diretamente do relatório Tasy, conforme metodologia adotada para unidades críticas e neonatais.

Conforme relatório gerencial do Tasy, no período de 01/05/2026 a 31/05/2026, a UTI Neonatal apresentou 13 pacientes, 5 leitos ativos, 123 pacientes-dia, taxa de ocupação hospitalar de 79,35%, 12 saídas e média de permanência de 10,25 dias.

Resultado da taxa de ocupação hospitalar da UTI Neonatal em maio de 2026: 79,35%.

Indicador 09 - Análise crítica e plano de ação

A UTI Neonatal apresentou taxa de ocupação de 79,35%, demonstrando utilização relevante da capacidade instalada. A média de permanência de 10,25 dias reforça o perfil de complexidade neonatal, com recém-nascidos que frequentemente necessitam de suporte ventilatório, suporte nutricional, monitorização contínua, estabilização clínica e cuidado intensivo prolongado.

Os dados do Tasy foram mantidos integralmente, pois a UTI Neonatal apresenta perfil de permanência prolongada, o que torna os pacientes-dia mais confiáveis em comparação às enfermarias de alta rotatividade.

O Ofício HMA nº 121/2026 informou que a UTI Neonatal permaneceu em pleno funcionamento durante o período de intervenção estrutural, sem prejuízo à assistência prestada nessa área.

Como plano de ação, recomenda-se manter monitoramento integrado entre UTI Neonatal, UCIN, Obstetrícia, UTI Pediátrica e NIR, avaliando a movimentação dos recém-nascidos entre os diferentes níveis de cuidado e garantindo rastreabilidade da ocupação neonatal crítica.

Conclui-se que a UTI Neonatal apresentou taxa de ocupação de 79,35% e média de permanência de 10,25 dias em maio de 2026, demonstrando utilização relevante da capacidade instalada e permanência compatível com o perfil neonatal crítico.

Embora a meta contratual não tenha sido integralmente atingida, a taxa de ocupação de 79,35% demonstra utilização relevante da capacidade instalada e compatível com a dinâmica assistencial neonatal observada no período.

A gestão manterá monitoramento contínuo da interface entre Obstetrícia, UCIN, UTI Neonatal e Central de Regulação visando otimização dos fluxos assistenciais.

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 Maio 2026.

A Pediatria apresentou média de permanência significativamente inferior à meta contratual, demonstrando resolutividade clínica, adequado manejo terapêutico e efetividade dos processos de alta hospitalar. O resultado evidencia a capacidade da equipe em conduzir os casos assistenciais de forma segura, reduzindo permanências desnecessárias e promovendo maior disponibilidade dos leitos pediátricos

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

A Clínica Cirúrgica apresentou excelente desempenho, refletindo adequada programação cirúrgica, acompanhamento pós-operatório eficiente e efetividade dos protocolos assistenciais. O resultado demonstra alinhamento entre equipes médicas, enfermagem e NIR, favorecendo alta hospitalar segura e oportuna.

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

O indicador manteve-se dentro do padrão esperado para o perfil obstétrico da unidade, evidenciando adequada assistência ao parto e puerpério, além de efetividade nos protocolos clínicos adotados. O resultado demonstra equilíbrio entre segurança assistencial e otimização da utilização dos leitos.

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

A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais apresentou média de permanência compatível com o perfil clínico dos recém-nascidos atendidos. Mesmo diante da complexidade inerente aos cuidados neonatais, o indicador permaneceu dentro da meta contratual, demonstrando efetividade dos processos assistenciais e adequada articulação com os demais níveis de atenção neonatal.

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

A Clínica Médica apresentou desempenho satisfatório, mantendo média de permanência significativamente inferior ao limite contratual. O resultado evidencia eficiência na condução dos casos clínicos, atuação efetiva das equipes multiprofissionais e adequada articulação com os processos de alta e desospitalização.

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

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

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto manteve média de permanência dentro da meta estabelecida, resultado que demonstra equilíbrio entre a complexidade assistencial dos pacientes críticos e a eficiência dos protocolos clínicos adotados. O indicador reforça a adequada gestão dos leitos críticos e a efetividade dos processos de transição para enfermarias ou alta hospitalar.

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

A UTI Pediátrica apresentou resultado amplamente favorável, demonstrando resolutividade dos casos atendidos e adequada utilização da estrutura de terapia intensiva. O indicador evidencia eficiência assistencial e efetividade na recuperação clínica dos pacientes internados.

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

A Unidade Neonatal apresentou média de permanência compatível com o perfil dos recém-nascidos atendidos, permanecendo confortavelmente dentro da meta contratual. O resultado demonstra qualidade assistencial, monitoramento clínico adequado e efetividade na condução dos casos neonatais de maior complexidade.

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, Maio 2026.

No mês em análise foram realizadas, 120 cirurgias eletivas, com apenas 1 cancelamento, resultando em uma taxa de suspensão de 0,83%.

O único cancelamento ocorreu com a paciente M.L.F., cuja cirurgia de extirpação de lipoma em região dorsal estava agendada para o dia 29/05/2026. O procedimento precisou ser suspenso devido à instabilidade hemodinâmica apresentada pela paciente no momento da avaliação pré-operatória, o que contraindicou a realização segura da cirurgia. Ressalta-se que o cancelamento foi motivado por razões clínicas estritamente justificadas, priorizando a segurança e a integridade da paciente.

Indicador 19 - Proporção de partos vaginais, Abril 2026.

No mês de maio de 2026, o Hospital Municipal de Araucária registrou o total de 95 partos realizados, sendo 43 partos cesarianos, correspondentes a 45,26%, e 52 partos por via vaginal, correspondentes a 54,74%. Embora o indicador ainda permaneça abaixo da

meta estabelecida no Termo de Referência da Secretaria Municipal de Saúde, que preconiza média assistencial de 65% de partos por via vaginal e 35% de partos cesarianos, observa-se evolução positiva no mês analisado, uma vez que a proporção de partos vaginais foi superior à de cesarianas.

Tal resultado demonstra melhora no perfil do indicador obstétrico, especialmente quando comparado aos meses anteriores, evidenciando aumento da participação dos partos por via vaginal no total de nascimentos realizados na unidade. Ainda assim, o percentual alcançado permanece aquém da meta contratual, o que mantém a necessidade de acompanhamento contínuo, análise crítica dos casos e fortalecimento das estratégias assistenciais voltadas ao estímulo seguro do parto vaginal, sempre respeitando as condições clínicas materno-fetais.

Considerando a análise crítica dos indicadores obstétricos, cumpre destacar 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. Essa característica assistencial interfere diretamente no perfil obstétrico atendido, uma vez que parcela expressiva das gestantes admitidas apresenta comorbidades, intercorrências clínicas ou condições obstétricas que elevam o risco materno-fetal e podem demandar resolução cirúrgica.

Entre as principais intercorrências e indicações associadas à realização de cesarianas, destacam-se 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. Assim, embora haja esforço institucional para ampliação dos partos vaginais, a indicação da via de parto permanece subordinada à avaliação técnica individualizada e à segurança da mãe e do recém-nascido.

Outrossim, permanece como fator relevante a dificuldade de aceitação do parto vaginal por parte de parcela das gestantes atendidas. Essa questão já foi previamente discutida com a Secretaria Municipal de Saúde em meses anteriores, especialmente diante da resistência cultural, do receio relacionado ao parto normal e da preferência manifestada

por algumas pacientes pela via cirúrgica, fatores que podem influenciar o processo decisório ao longo da assistência obstétrica.

Ademais, muitas pacientes encaminhadas ao HMA são provenientes de municípios de referência secundária e regional, chegando à unidade em contexto de maior complexidade clínica ou obstétrica. Em parte desses casos, o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde pode não ter contemplado, de forma integral e precoce, orientações sobre benefícios, segurança, indicações e contraindicações das diferentes vias de parto. Essa limitação no acompanhamento longitudinal repercute diretamente no desfecho obstétrico hospitalar, especialmente em uma maternidade que recebe pacientes já em fase avançada do trabalho de parto ou com indicação clínica definida.

Dessa forma, o resultado de maio de 2026 deve ser analisado sob dupla perspectiva: de um lado, o indicador ainda se encontra abaixo da meta assistencial pactuada; de outro, houve avanço objetivo na proporção de partos vaginais, que superaram os partos cesarianos no período. O cenário demonstra movimento favorável de melhoria, sem afastar a necessidade de continuidade das ações de qualificação assistencial, educação em saúde, orientação pré-natal, discussão técnica dos casos e estímulo ao parto vaginal seguro, sempre condicionado à avaliação clínica e obstétrica individual de cada paciente.

A proporção de partos vaginais observada no período foi influenciada pelas características clínicas e obstétricas das gestantes admitidas, sendo a indicação da via de parto fundamentada exclusivamente em critérios técnicos, assistenciais e de segurança materno-fetal.

O Hospital Municipal de Araucária mantém estímulo permanente ao parto normal e às boas práticas obstétricas recomendadas pelo Ministério da Saúde, respeitando a autonomia da equipe médica e as necessidades clínicas de cada paciente.

INDICADORES GESTÃO CLÍNICA – TAXAS DE MORTALIDADE

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

Foram registrados 3 óbitos não institucionais no mês de maio, correspondendo a uma taxa de 0,62% sobre o total de saídas hospitalares.

A mortalidade não institucional deve ser interpretada de forma distinta da mortalidade institucional, pois geralmente envolve pacientes com evolução desfavorável em período inferior a 24 horas da admissão hospitalar. Esses casos frequentemente estão associados a pacientes que chegam à unidade em condições clínicas graves, instáveis, com tempo prolongado de evolução da doença, atendimento prévio em outros pontos da rede ou necessidade imediata de suporte avançado.

Em hospitais de média complexidade com interface direta com a Rede de Urgência e Emergência, óbitos não institucionais podem refletir a gravidade do paciente no momento da admissão, e não necessariamente falha assistencial da unidade. Ainda assim, esses eventos devem ser acompanhados de forma sistemática, especialmente quando envolverem pacientes regulados, transportados pelo SAMU, SIATE, Central de Leitos ou transferidos de outros serviços.

Como plano de ação, recomenda-se manter auditoria individual dos óbitos não institucionais, avaliando origem do paciente, tempo de sintomas, tempo de permanência na emergência, classificação de risco, tempo para atendimento médico, necessidade de UTI, disponibilidade de leito crítico, condutas iniciais e comunicação com a rede reguladora.

Indicador 21 – Taxa de Mortalidade Institucional, Maio 2026.

A comparação dos indicadores de mortalidade com outros hospitais deve ser realizada com cautela, pois a mortalidade hospitalar é influenciada pelo perfil clínico dos pacientes, idade, gravidade, presença de comorbidades, tipo de serviço ofertado, porta de urgência e emergência, retaguarda de UTI e complexidade assistencial. A ANS também destaca que a mortalidade institucional não necessariamente reflete, isoladamente, problema na qualidade da assistência hospitalar, pois depende da complexidade dos serviços e dos pacientes atendidos.

A ANS utiliza a taxa de mortalidade institucional como um dos indicadores do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar, permitindo comparação entre hospitais de mesma complexidade e hospitais de excelência no âmbito da saúde suplementar. No

entanto, esse programa envolve hospitais privados participantes, com envio voluntário de dados, o que limita a comparação direta com hospitais públicos ou de gestão SUS.

No caso do HMA, a mortalidade hospitalar geral de 4,31% ficou muito próxima da referência histórica de 4,3% descrita para hospitais públicos ou mistos no SIH/SUS.

Em relação à mortalidade cirúrgica, a taxa de 0,47% deve ser interpretada considerando o baixo número absoluto de eventos e o perfil do caso analisado. Embora o indicador seja superior a alguns benchmarks de hospitais privados de alta performance, a comparação direta não é adequada sem ajuste por risco, gravidade, ASA, urgência/emergência, comorbidades, origem do paciente e condição clínica pré-operatória.

Dessa forma, os indicadores de maio demonstram resultado que exige acompanhamento, especialmente na mortalidade institucional, mas permanecem compatíveis com o perfil de hospital de média complexidade com porta de urgência, pacientes críticos, fluxo regulado e atendimento a casos de maior gravidade clínica.

Como plano de ação imediato, recomenda-se manter a análise mensal de todos os óbitos em Comissão de Óbito, com classificação entre óbitos institucionais e não institucionais, avaliação do tempo de permanência, origem do paciente, diagnóstico principal, comorbidades, atendimento inicial, necessidade de UTI, tempo para intervenção e desfecho assistencial.

Fortalecer a integração entre Comissão de Óbito, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Revisão de Prontuário, NIR, UTI Adulto, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Pronto Atendimento, Obstetrícia, Neonatologia e gestão hospitalar, garantindo análise multidisciplinar dos óbitos e identificação de oportunidades de melhoria.

Para os óbitos não institucionais, recomenda-se auditoria específica da linha de cuidado da urgência e emergência, incluindo origem do encaminhamento, tempo de resposta, condição clínica na chegada, classificação de risco, tempo até atendimento médico, tempo até estabilização e disponibilidade de leito crítico.

Para os óbitos cirúrgicos, manter revisão individualizada de todos os casos, com análise de indicação cirúrgica, caráter do procedimento, classificação de risco pré-

operatório, intercorrências intraoperatórias, evolução pós-operatória, sepse, infecção, necessidade de reabordagem e relação causal entre o procedimento e o óbito.

No curto prazo, recomenda-se construir série histórica mensal dos indicadores de mortalidade institucional, não institucional, geral, materna e cirúrgica, permitindo comparação interna evolutiva e identificação de variações relacionadas ao perfil assistencial, sazonalidade, aumento de gravidade dos pacientes ou mudanças no fluxo da Rede de Urgência e Emergência.

Conclui-se que, em maio de 2026, o Hospital Municipal de Araucária apresentou mortalidade institucional de 3,70%, mortalidade não institucional de 0,62%, mortalidade materna zero e mortalidade cirúrgica de 0,47%. O resultado requer monitoramento contínuo, especialmente por a mortalidade institucional estar acima da referência técnica de 3%, porém deve ser interpretado dentro do perfil assistencial da instituição, da gravidade dos pacientes atendidos e da atuação do hospital como unidade de média complexidade integrada à Rede de Urgência e Emergência.

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

No mês de maio de 2026, não houve registro de mortalidade materna, mantendo o indicador em 0 ocorrência.

Esse resultado é positivo e deve ser destacado, especialmente considerando que o hospital possui perfil materno-infantil, atendimento obstétrico, UTI Neonatal e UCIN. A ausência de óbito materno no período sugere manutenção da segurança assistencial na linha obstétrica, sem ocorrência de desfecho materno fatal no mês analisado.

Ainda assim, por se tratar de indicador sensível e de grande relevância sanitária, recomenda-se manter o acompanhamento contínuo dos protocolos de segurança obstétrica, incluindo vigilância de hemorragia pós-parto, sepse materna, hipertensão gestacional, eclâmpsia, tromboembolismo, intercorrências anestésicas, transferência materna e resposta rápida a situações de urgência obstétrica.

Como plano de ação, recomenda-se manter revisão periódica dos casos graves obstétricos, near miss materno, transferências para UTI, uso de hemocomponentes, protocolos de hemorragia obstétrica e interface entre obstetrícia, anestesia, laboratório, banco de sangue e regulação interna.

Conclui-se que a mortalidade materna em maio foi **zero**, resultado favorável e compatível com a manutenção de boas práticas assistenciais na linha materno-infantil.

Indicador 23 – Taxa de Mortalidade Cirúrgica, Maio 2026.

Óbitos	cirúrgicos:	1
Total de cirurgias realizadas: 213		

A taxa de mortalidade cirúrgica é calculada pela relação percentual entre o número de óbitos intra-hospitalares relacionados ao período pós-procedimento cirúrgico e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período. A ficha técnica da ANS descreve esse indicador considerando óbitos intra-hospitalares ocorridos até 7 dias após o procedimento cirúrgico, tendo como denominador os pacientes submetidos a cirurgias no período.

Fórmula:

Taxa de Mortalidade Cirúrgica (%) = $\text{Óbitos cirúrgicos} \div \text{Total de cirurgias} \times 100$

Cálculo:

$1 \div 213 \times 100 = 0,47\%$

Resultado da mortalidade cirúrgica em maio de 2026: 0,47%.

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, Maio 2026.

No mês de Maio de 2026, o resultado observado foi de 99,21%, valor acima da meta estabelecida, evidenciando um leve aumento no desempenho do processo de classificação de risco, totalizando 0,39 pontos percentuais. No período analisado, foram realizados 11.790 atendimentos, dos quais 11.697 foram classificados no sistema, restando 93 atendimentos registrados como não classificados, correspondendo a 0,79% do total de atendimentos. Cabe destacar que o desempenho do indicador no mês de Maio, apesar de períodos de instabilidade no acesso ao sistema eletrônico Tasy, ocorrida devido a quedas do provedor e treinamentos em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde apresentou alta e mantém-se dentro da meta estabelecida, garantindo registro efetivo dos atendimentos prestados nos setores de acolhimento de emergência da instituição. A análise estratificada por unidade assistencial demonstra: Pronto Atendimento Infantil (PAI): 8.473, sendo 72 não classificados; Pronto Socorro Obstétrico: 930 atendimentos, sendo 5 não classificados e Pronto Socorro Geral: 2.387 atendimentos, sendo 16 não classificados.

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

No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:05:28, posicionando-se abaixo do limite máximo permitido, utilizando aproximadamente 66% 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 11.790 atendimentos, distribuídos entre os setores assistenciais. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) concentrou o maior volume, com 8.473 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 Obstétrico (PSO), com 930 atendimentos, também apresentou resultado bastante positivo, com tempo médio de 00:02:29, reforçando a efetividade do processo assistencial neste setor.

O Pronto Socorro Geral (PSG), por sua vez, registrou 2.387 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.

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

No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:57:45, resultado significativamente inferior ao limite estabelecido, representando aproximadamente 23,96% do tempo máximo permitido. Esse desempenho evidencia elevada eficiência na gestão do fluxo assistencial, mesmo considerando que pacientes dessa classificação possuem menor prioridade clínica.

Foram atendidos, no total, 628 pacientes classificados como azul, distribuídos entre os setores assistenciais. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) realizou 183 atendimentos, com tempo médio de 00:05:29, destacando-se pelo excelente desempenho e rapidez no atendimento, refletindo um fluxo altamente eficiente e bem estruturado. O Pronto Socorro Obstétrico (PSO) atendeu 106 pacientes, apresentando tempo médio de 00:26:43, também mantendo um desempenho bastante satisfatório e muito abaixo do limite estabelecido.

O Pronto Socorro Geral (PSG), por sua vez, registrou 339 atendimentos com tempo médio de 00:15:17 apresentando melhora expressiva no: tempo meta de até 4 horas, indicando conformidade e capacidade de absorção da demanda, ainda que com possibilidade de otimização dos fluxos internos para redução dessa variação.

De forma geral, observa-se que, mesmo com diferenças entre os setores, todos os tempos médios encontram-se muito abaixo do limite máximo permitido, com ampla margem de segurança. Esse cenário demonstra que a instituição consegue organizar de forma eficiente o atendimento dos pacientes não urgentes, sem comprometer os fluxos destinados aos casos de maior gravidade.

Em síntese, o indicador apresenta desempenho de excelência, evidenciando não apenas o cumprimento da meta estabelecida, mas uma atuação altamente eficiente, com tempos de espera reduzidos e boa gestão da demanda. Recomenda-se a manutenção das estratégias adotadas e o monitoramento contínuo, especialmente no PSG, visando maior uniformidade entre os setores e sustentação dos resultados alcançados.

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

O indicador que monitora o tempo médio de atendimento médico para pacientes classificados como Verde (Pouco Urgente), cuja meta assistencial preconiza tempo de espera de até 2 horas (02:00:00), demonstra desempenho extremamente satisfatório e amplamente aderente ao parâmetro estabelecido. No período analisado, a unidade apresentou tempo médio global de 00:51:01, resultado significativamente inferior ao limite máximo, representando apenas cerca de 42% do tempo permitido. Esse desempenho evidencia elevada eficiência operacional e excelente capacidade de gestão do fluxo assistencial, mesmo diante de um volume expressivo de 8.752 pacientes classificados nessa categoria.

A análise por setor reforça esse cenário positivo. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) concentrou o maior volume de atendimentos, com 6.734 pacientes, e apresentou o melhor desempenho, com tempo médio de 00:12:25, demonstrando alta resolutividade, fluidez no atendimento e adequado dimensionamento de equipe. O Pronto Socorro Geral (PSG), com 1.399 atendimentos, registrou tempo médio de 00:16:44, enquanto o Pronto Socorro Obstétrico (PSO), com 619 atendimentos, apresentou tempo médio de 00:27:18. Ambos os setores, embora com tempos superiores ao PAI, mantêm-se muito abaixo do limite de 2 horas, evidenciando organização dos processos e capacidade de resposta compatível com a demanda assistencial.

Mesmo considerando a variabilidade entre os setores, todos os resultados encontram-se amplamente dentro da conformidade, com margem de segurança

expressiva. Esse cenário demonstra que a instituição não apenas atende à meta estabelecida, mas opera com elevado nível de eficiência, garantindo acesso oportuno ao atendimento médico também para os pacientes de menor gravidade, sem comprometer a assistência aos casos mais urgentes.

Em síntese, o indicador evidencia excelência no desempenho institucional, com tempos de espera significativamente reduzidos frente ao limite preconizado, refletindo maturidade dos fluxos assistenciais, integração das equipes e efetividade na gestão da demanda. Recomenda-se a manutenção das estratégias adotadas e o monitoramento contínuo dos processos, a fim de sustentar os resultados alcançados e promover a melhoria contínua da qualidade assistencial

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, Maio 2026.

O indicador que monitora o tempo médio de espera para pacientes classificados como Laranja (Muito Urgente), apresentou um desempenho de extrema estabilidade e eficiência, mantendo-se rigorosamente dentro da meta contratual de 10 minutos (00:10:00).

Na comparação entre os meses de Abril e Maio de 2026, o tempo médio de espera permaneceu em 00:08:00 mesmo com o aumento expressivo do número de atendimentos. Esse resultado demonstra uma prontidão imediata da equipe assistencial para casos de alta prioridade clínica, utilizando apenas 80% do tempo limite estabelecido. No mês de Maio, a unidade registrou um total de 402 atendimentos nesta categoria, com a seguinte distribuição por pronto-socorro: PAI: 314 atendimentos, PSG: 66 atendimentos e PSO: 22 atendimentos. A concentração expressiva de casos "Muito Urgentes" no PA Infantil (80,9% do total laranja) reforça a importância da agilidade assistencial e do suporte especializado pediátrico na unidade. A manutenção do tempo de espera em 8 minutos.

O fluxo de atendimento para casos críticos está consolidado e não sofre impacto negativo de oscilações na demanda geral. Em conclusão, o indicador apresenta plena conformidade, garantindo o atendimento rápido necessário para a estabilização de pacientes com risco iminente, conforme preconizado no contrato de gestão.

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

O indicador que estabelece a obrigatoriedade de atendimento imediato (00:00:00) para pacientes classificados como Vermelho (Emergência), apresenta um desempenho de excelência absoluta, mantendo o cumprimento integral da meta. A análise comparativa entre Abril e Maio 2026 demonstra a manutenção do padrão de resposta instantânea, com tempo de espera nulo em ambos os períodos, garantindo a assistência imediata em casos de risco iminente de morte.

No mês de Maio, a unidade registrou 5 atendimentos nesta categoria crítica, o que representa uma manutenção na média de atendimentos em relação aos 4 casos atendidos em Abril. O detalhamento da demanda por unidade em Maio revela a seguinte distribuição: PAI: 03 pacientes, PSG: 01 pacientes e PSO: 01 paciente.

Embora o volume de casos de emergência seja numericamente inferior às demais classificações de risco, a complexidade desses atendimentos exige prontidão total das equipes assistenciais e disponibilidade imediata de recursos tecnológicos e humanos. A capacidade da instituição em manter o tempo de espera zerado, independentemente da unidade (Geral, Infantil ou Obstétrica), ratifica a eficiência dos protocolos de recepção e estabilização de pacientes críticos. Em suma, o indicador permanece em conformidade estrita com o Plano de Trabalho, evidenciando a segurança assistencial e a priorização efetiva da vida conforme preconizado nas diretrizes de urgência e emergência do contrato de gestão.

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

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

O presente indicador tem como objetivo monitorar o tempo médio de permanência dos pacientes no Pronto-Socorro Geral (PSG), sendo calculado a partir da soma dos

tempos de permanência dividida pelo número de pacientes internados via pronto atendimento. A meta estabelecida no contrato de gestão é manter o tempo médio de permanência inferior a 12 horas, parâmetro importante para garantir a rotatividade de leitos, a fluidez do atendimento e a segurança assistencial.

No mês de Maio de 2026, o tempo médio de permanência no PSG foi de 01:18:27 horas, resultado que permanece significativamente abaixo da meta pactuada, demonstrando desempenho satisfatório do serviço e adequada gestão do fluxo assistencial. Em comparação com o mês de Março de 2026, quando o indicador apresentou tempo médio de 03:30:00 horas, observa-se redução de 116 minutos no tempo médio de permanência nos dois meses subsequentes, evidenciando melhoria na dinâmica de atendimento e maior agilidade na condução dos casos clínicos e encaminhamentos necessários. Importante destacar que, com a transição da gestão para a nova Organização Social, houve reorganização do modelo assistencial no Pronto-Socorro Geral.

Atualmente, o setor conta com um médico dedicado ao atendimento da sala de emergência e um médico responsável pelo atendimento das fichas de demanda espontânea, organização que contribui para maior resolutividade e melhor distribuição da carga assistencial. Além disso, muitos pacientes atendidos no PSG necessitam de avaliação especializada, especialmente das equipes de cirurgia geral e ortopedia. Nesses casos, o fluxo assistencial tem sido otimizado por meio da atuação da equipe de enfermagem na classificação de risco, que em determinadas situações já direciona o paciente para avaliação do especialista conforme critérios clínicos, reduzindo etapas intermediárias do atendimento e favorecendo maior agilidade na tomada de decisão. A ampliação deste recurso humano possibilitou: a redução do tempo de espera para avaliação médica; maior agilidade na definição de condutas e encaminhamentos; melhor distribuição da demanda entre os profissionais; redução de sobrecarga assistencial e maior fluidez no fluxo de pacientes dentro do pronto-socorro. Dessa forma, observa-se que as melhorias organizacionais implementadas na estrutura assistencial e a ampliação da equipe médica contribuem diretamente para a manutenção do indicador em níveis satisfatórios e para a qualificação do atendimento prestado à população.

Conclui-se, portanto, que o resultado apresentado no mês de Maio demonstra desempenho assistencial adequado e evolução positiva em relação ao mês anterior, mantendo o indicador amplamente dentro da meta contratual e refletindo os avanços

organizacionais decorrentes da nova estrutura de gestão e do fortalecimento das equipes assistenciais.

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

A análise do indicador Manter o tempo médio de permanência no PS Obstétrico até 12 horas revela um cenário de alta eficiência operacional e plena conformidade com as metas pactuadas no contrato de gestão. O acompanhamento da série histórica demonstra que a unidade mantém o tempo de permanência significativamente abaixo do limite máximo estabelecido, o que reflete a agilidade nos processos de triagem, diagnóstico e tomada de decisão clínica. Ao realizar o comparativo entre os meses de Abril e Maio de 2026, observa-se uma variação pontual nos resultados. Em Abril, o tempo médio registrado foi de 01:38:59, enquanto em Maio o indicador fechou em 01:31:06.

Esta diminuição de 7 minutos caracteriza-se como uma otimização da rotina de pronto atendimento, podendo ser atribuída a fatores sazonais, ao perfil de gravidade das pacientes admitidas no período ou ao tempo de resposta de exames complementares. O resultado de Maio de 2026 permanece extremamente satisfatório, representando apenas 11,5% do teto máximo de 12 horas. A manutenção de um tempo médio de 1,3 horas no Pronto Socorro Obstétrico é um indicador indireto de qualidade assistencial e segurança do paciente, pois: otimiza o fluxo de atendimento, pois evita a aglomeração na unidade de emergência e garante o giro de leitos necessário para a demanda espontânea, reduz riscos assistenciais a desospitalização ágil ou o encaminhamento rápido para a internação definitiva minimiza a exposição das gestantes a ambientes de alta rotatividade e reflete na eficiência assistencial

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

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

No comparativo entre os meses de Abril e Maio de 2026, observa-se uma variação levemente ascendente no indicador, resultado do aumento de atendimentos apresentado.

Enquanto em Abril o tempo médio registrado foi de 01:05:26, o mês de Maio encerrou com a marca de 01:18:27.

Esta variação mostra que mesmo com o aumento da demanda de pacientes no setor, indica uma notável agilidade operacional no período de transição entre os meses. Tal performance sugere que os processos de triagem, observação clínica e encaminhamento para internação ou alta estão devidamente integrados, garantindo que o paciente pediátrico receba o desfecho assistencial de forma célere.

A manutenção desses índices abaixo das 12 horas é fundamental para a gestão de riscos na pediatria, pois: previne a superlotação pois a agilidade no giro de leitos do PAI garante capacidade de resposta para novos atendimentos de urgência, garante a Qualidade Assistencial o que reduz o tempo de permanência de crianças em ambientes de pronto atendimento, que são naturalmente mais dinâmicos e estressantes, favorecendo a segurança do paciente e otimiza os recursos o que demonstra eficácia na aplicação da fórmula de cálculo, que correlaciona o tempo total de permanência ao número de pacientes efetivamente internados via PA. Em conclusão, o indicador I26 cumpre integralmente o Plano de Trabalho estabelecido, assegurando que a unidade continue oferecendo um fluxo de atendimento ágil e seguro, mesmo diante das variações de demanda típicas do período sazonal pediátrico.

INDICADORES – SEGURANÇA DO PACIENTE

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

No mês de maio, foram realizadas 190 buscas ativas (via WhatsApp/chamadas) e 44 análises laboratoriais, totalizando 234 investigações. A partir desse trabalho, foram identificadas 4 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Para esta cálculo, consideramos o total de 487 saídas hospitalares (altas e óbitos), a qual resultou no período a taxa global de IRAS de 0,82%.

Perfil das Infecções Notificadas

Os 4 casos confirmados de IRAS apresentam a seguinte distribuição:

02 casos de ITU-AC (Infecção do Trato Urinário relacionada a Cateter) na Clínica Médica:

- 1 caso com isolamento de *S. haemolyticus*;

- 1 caso com isolamento de *K. pneumoniae* e *P. aeruginosa*.

01 caso de IPCSL (Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial) na UTI Neonatal, com isolamento de *Enterobacter cloacae* e *S. haemolyticus*.

01 caso de Conjuntivite Neonatal na UTI Neonatal, com isolamento de *E. coli*.

Desfechos Clínicos:

Dos casos de IRAS identificados, nenhum paciente evoluiu para óbito no período de 14 dias após o diagnóstico, resultando em uma taxa de letalidade de 0%.

A análise comparativa demonstra um aumento na taxa global de infecções, que passou de 0,30% em abril para 0,82% em maio. Apesar do acréscimo, o indicador permanece dentro do limite aceitável estabelecido pelo serviço, que é de até 2%.

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

No mês de maio, não houve registros de novos casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV). Com o total de 31 pacientes em ventilação mecânica (VM), a densidade de incidência no período foi de 0,00, consolidando uma redução desse indicador em comparação com os meses anteriores de 2026.

Esse resultado manteve o indicador abaixo da meta institucional. Contudo, apesar do cenário favorável, o SCIH reforça a necessidade contínua de adesão ao feixe de prevenção (bundle) de PAV na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. As ações prioritárias incluem: a higienização oral adequada, a manutenção da cabeceira elevada entre 30° e 45°, e a observação constante do sistema de ventilação, medidas que têm sido constantemente orientadas pela equipe do SCIH durante as visitas multidisciplinares.

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

No mês de maio, foram registrados 2 casos de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC). Com um total de 244 pacientes-dia expostos ao

dispositivo (CVD-dia), a densidade de incidência resultou em 8,19, situando-se acima da meta institucional de ≤ 1 por 1.000 cateteres-dia.

A comparação direta com o mês de abril mostrou uma piora nominal no indicador. No entanto, cabe ressaltar que o número de CVD-dia no período foi menor do que o habitual.

Como a densidade de incidência é uma razão baseada nos dias de exposição, qualquer redução no denominador eleva o valor final do indicador, mesmo sem um aumento real no volume de infecções. Portanto, a oscilação reflete a maior sensibilidade do índice a variações em cenários de menor utilização do dispositivo, e não necessariamente uma falha sistêmica nos cuidados.

Plano de ação:

Para garantir o retorno do indicador à meta, o SCIH implementará as seguintes ações integradas à rotina assistencial, utilizando os recursos já disponíveis:

1. Auditoria de Beira-Leito (Checklist do Bundle):

Intensificar as rondas do SCIH nas unidades para verificar os 4 pilares essenciais: bolsa coletora abaixo do nível da bexiga (sem encostar no chão), sistema de drenagem fechado, fixação adequada e higiene perineal diária.

2. Desmame Precoce Institucional:

Estimular, durante as visitas multidisciplinares diárias, a avaliação médica e de enfermagem sobre a real necessidade de permanência do cateter, priorizando a retirada precoce.

3. Alinhamento Técnico em Serviço:

Realizar orientações rápidas e focadas (de 5 a 10 minutos) com as equipes de enfermagem durante as passagens de plantão, reforçando a técnica asséptica na inserção e manipulação do sistema.

4. Feedback de Indicadores:

Apresentar o cenário atual nas reuniões de liderança e coordenação do hospital, engajando as chefias de unidade na supervisão direta das práticas preventivas.

Impacto Esperado: Redução e estabilização da densidade de ITU-AC dentro do limite epidemiológico ≤ 1 , promovendo maior segurança ao paciente internado sem gerar custos.

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

No mês de maio, foi identificado 1 caso de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Laboratorial associada ao Cateter Venoso Central (IPCSL-CVC). O evento foi notificado na UTI Neonatal, com o isolamento microbiológico de *Enterobacter cloacae* e *Staphylococcus haemolyticus*. Diante de um total de 170 pacientes-dia expostos ao dispositivo (CVC-dia), a densidade de incidência de infecção no período foi de 5,88.

A comparação com o mês de abril, que havia apresentado uma densidade de 6,17, evidencia uma redução no indicador. Apesar do recuo favorável, o resultado reforça a necessidade contínua de manter e intensificar as ações de vigilância e prevenção nos ambientes críticos, com foco na mitigação dos riscos assistenciais e na busca pela meta zero de infecções em neonatos.

Plano de Ação

A execução das medidas ocorrerá de forma integrada entre o SCIH, o Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ), a coordenação de enfermagem e as equipes assistenciais, utilizando exclusivamente os recursos institucionais já disponíveis. As ações dividem-se em três pilares:

1. Capacitação e Prática Assistencial (Bundle de CVC):

Realizar treinamentos focados com a equipe multiprofissional sobre os critérios de indicação, inserção e manutenção do cateter. As abordagens enfatizarão a técnica asséptica, a correta fixação do dispositivo e a avaliação diária da necessidade de permanência do CVC, priorizando o desmame precoce.

2. Higiene das Mãos e Insumos:

Implementar auditorias sistemáticas para avaliar a adesão à higiene das mãos nos setores assistenciais, acompanhando paralelamente o perfil de consumo de álcool em gel e sabonete líquido na unidade.

3. Auditoria e Monitoramento de Resultados:

Intensificar as auditorias de beira-leito para verificar a conformidade do bundle de manutenção. Os resultados desses indicadores e a tendência da taxa de IPCSL serão compartilhados com as equipes em reuniões assistenciais, promovendo o engajamento e a melhoria contínua dos processos.

Impacto Esperado: Redução progressiva da densidade de IPCSL, buscando consolidar o indicador dentro da meta estabelecida de ≤ 10 , fortalecendo a cultura de segurança do paciente e qualificando a assistência hospitalar.

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

No mês de maio, foram monitorados 190 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na instituição por meio de busca ativa pós-alta. A amostragem contemplou:

147 cirurgias limpas realizadas no Centro Cirúrgico Geral (CCG);

43 cesarianas realizadas no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO).

Até o momento desta análise, não foi confirmado nenhum caso de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em ambos os grupos.

Análise Técnica:

O resultado de 0% de ISC reflete a eficácia das barreiras de prevenção adotadas no bloco cirúrgico. O indicador permanece plenamente dentro da meta institucional e dos padrões epidemiológicos recomendados, que estabelecem taxas de ISC inferiores a 1% para cirurgias limpas.

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

Durante o período analisado foi registrada 01 ocorrência de queda na unidade de Pediatria, caracterizada como Evento Adverso Assistencial e devidamente notificada conforme protocolo institucional de Segurança do Paciente.

Na data de 20/05/2026, a paciente A. S. B. B. 04 anos, deu entrada nesta instituição, permanecendo internada por um período de 05 (cinco) dias. Conforme relato da equipe assistencial, no mesmo dia de sua admissão (20/05/2026), ocorreu o fato descrito abaixo, nas seguintes circunstâncias: “As 13:10 a paciente caiu da cama por estar sozinha no leito, quando a mãe estava no banheiro, isso levou a queda da criança e foi chamado a medica para avaliar e ela orientou para ficar alerta em caso de alteração de sinais as 16horas a paciente ficou sonolenta e pálida, foi chamado o médico plantonista de pai e fez avaliação da paciente. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem”.

Durante o acompanhamento e posteriormente ao evento não foram identificados danos graves, lesões significativas ou repercussões clínicas decorrentes da queda, mantendo-se o paciente estável durante todo o período de observação e encaminhada de alta 05 dias após o internamento. Análise Crítica O evento foi analisado pela equipe assistencial com o objetivo de identificar possíveis fatores contribuintes e implementar ações de melhoria para prevenção de novas ocorrências.

Como medidas corretivas e preventivas foram realizadas:

- Notificação e investigação do evento;
- Avaliação das circunstâncias relacionadas à ocorrência;
- Reforço das medidas de prevenção de quedas junto à equipe assistencial;
- Reavaliação do risco de queda do paciente;
- Monitoramento contínuo dos pacientes classificados como risco.

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

Durante o período analisado foi registrado 01 caso de Lesão por Pressão adquirida na instituição, devidamente identificado, notificado e acompanhado pela equipe multiprofissional. Paciente I. R. O. 90 anos, 08 dias de internamento, apresentando quadro clínico complexo, com múltiplas comorbidades, fragilidade clínica importante, mobilidade reduzida e elevado risco para desenvolvimento de lesões cutâneas, fatores que contribuíram significativamente para o surgimento da lesão, apesar das medidas

preventivas adotadas. Após identificação da LPP, foram imediatamente implementadas as condutas assistenciais previstas nos protocolos institucionais, incluindo:

- Avaliação sistemática da lesão;
- Instituição do tratamento adequado conforme características da ferida;
- Intensificação das mudanças de decúbito;
- Utilização de superfícies de alívio de pressão quando indicadas;
- Monitoramento contínuo da integridade da pele;
- Adequação do suporte nutricional e hidratação;
- Registro e acompanhamento evolutivo pela equipe assistencial.

Adicionalmente, foi realizada orientação in loco e reforço das medidas preventivas junto à equipe de enfermagem, com base nos POP's Institucionais, enfatizando a importância da avaliação diária dos riscos assistências, aplicação da Escala de Braden, mudanças regulares de posicionamento, proteção de proeminências ósseas, inspeção sistemática da pele e comunicação precoce de alterações identificadas.

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

Comparativamente ao mês de abril de 2026, observa-se redução no número de procedimentos cirúrgicos realizados, cenário 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, 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.

INDICADORES – RELAÇÃO COM A REDE

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

No mês de maio de 2026, foram disponibilizadas 4.239 (quatro mil duzentas e trinta e nove) vagas para exames SADT eletivos, representando um aumento de 110 (cento e dez) vagas em relação a abril, que contou com 4.129 (quatro mil cento e vinte e nove) vagas ofertadas, correspondendo a 120,60% da meta pactuada no Contrato de Gestão.

Produção no período:

Exames realizados na competência atual: 3.080

Exames realizados de competências anteriores: 38

Total de faltantes na competência atual: 1.130

A produção de exames realizados na competência atual também apresentou crescimento, passando de 2.888 (dois mil oitocentos e oitenta e oito) exames em abril para 3.083 (três mil e oitenta e três) em maio. Por outro lado, o número de faltantes aumentou de 1.020 (mil e vinte) para 1.130 (mil cento e trinta) no período.

De forma geral, observou-se aumento na oferta de vagas e na produção de exames, acompanhado por elevação do absenteísmo.

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

No período analisado maio de 2026, foram disponibilizadas 220 (duzentos e vinte) primeiras consultas de Cardiologia avaliação pré-sedação para exames de diagnóstico eletivos e 60 (sessenta) primeiras consultas de Plano de Parto, totalizando 280 (duzentos e oitenta) primeiras consultas, correspondendo igualmente a 121,74% (cento e vinte e um vírgula setenta e quatro por cento) da meta contratual.

Observa-se a manutenção do desempenho satisfatório no mês de maio em relação a abril, com estabilidade no cumprimento da meta. O resultado reflete a adequada organização das agendas, o monitoramento contínuo das vagas e o alinhamento com a regulação municipal.

Como continuidade, a unidade mantém o acompanhamento sistemático da oferta e demanda, com ajustes operacionais quando necessários, visando garantir a permanência do indicador em conformidade nos meses subsequentes.

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

No período analisado, foram agendados 526 (quinhentos e vinte e seis) atendimentos ambulatoriais, dos quais 416 (quatrocentos e dezesseis) foram realizados, registrando-se 109 (cento e nove) ausências e 1 (um) cancelamento.

Em relação aos exames, foram agendados 4.246 (quatro mil duzentos e quarenta e seis) procedimentos, sendo 3.080 (três mil e oitenta) realizados, 1.130 (mil cento e trinta) ausências e 36 (trinta e seis) cancelamentos.

O Sistema IPM apresentou um índice de 99,22% (noventa e nove vírgula vinte e dois por cento) de confirmações, evidenciando que a não conformidade observada está relacionada, predominantemente, ao volume de cancelamentos, e não à ausência de confirmação dos atendimentos.

O não atingimento da meta de 100% (cem por cento) de confirmações no Sistema IPM ocorreu em razão dos cancelamentos registrados no período, especialmente dos exames de Teste Ergométrico. Os cancelamentos foram motivados por problemas técnicos no equipamento utilizado para a realização do exame, impossibilitando a execução dos procedimentos previamente agendados e impactando o indicador de confirmação. As medidas necessárias para a regularização do serviço já foram adotadas, visando o restabelecimento da oferta do exame e a normalização dos indicadores assistenciais.

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

No período analisado, foram registradas 42 reinternações para um total de 500 AIH, resultando em um índice de 8,40%, 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, Maio 2026.

No mês de Maio de 2026, foram apresentadas 500 (quinhentos) AIHs para um total de 487 (quatrocentos e oitenta e sete) saídas hospitalares. A diferença entre os números se deve aos seguintes fatores:

Incorporadas 17 (dezessete) AIHs decorrentes de desdobramentos por reoperações ou mudanças de procedimento;

Subtraídas 6 (seis) AIHs com duração inferior a 72 (setenta e duas) horas, referentes ao mesmo diagnóstico, conforme critérios de faturamento;

Incorporadas 2 (duas) AIHs decorrentes de internamentos do mês de Abril de 2026 por critérios de faturamento;

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

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

No mês de Maio, foram registradas 08 manifestações na Ouvidoria por meio do sistema AtendeNet e 05 atendimentos presenciais, 1 ligação telefônica totalizando 14 demandas.

As principais ocorrências estiveram relacionadas a laudos pendentes, conduta médica e demora no atendimento.

Todas as manifestações foram devidamente analisadas e respondidas dentro do prazo estabelecido, com os devidos encaminhamentos às equipes responsáveis. Além disso, foram adotadas medidas corretivas e orientações internas, com foco na melhoria contínua dos serviços prestados.

Ressalta-se que toda a equipe permanece empenhada no fortalecimento do acolhimento e na garantia de um atendimento humanizado, seguro e de qualidade, buscando prevenir a recorrência das situações apontadas nos próximos meses.

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

No mês de maio, foram realizadas 13 (quinze) das comissões obrigatórias previstas, além de duas obrigatória pelas RDC's e Diretrizes do Ministério da Saúde. O hospital conta com 18 (Dezoito) 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, Equipe Multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN), 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 Três encontram-se em conformidade com a legislação vigente, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), conforme preconizado pela Portaria nº 2616/1998, Comissão de Aleitamento Materno, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde voltadas à promoção e proteção do aleitamento materno e a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional em consonância com a Resolução 503/2021.

A Implantação das comissões de Ética Médica e Ética de Enfermagem quais encontram-se em andamento de sua estruturação considerando o papel estratégico destas comissões no fortalecimento da conduta ética e profissional no âmbito da enfermagem e médica e em observância aos critérios estabelecidos pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Conselho Federal de Medicina (CFM) e as diretrizes internas da instituição a adoção de medidas corretivas e a o compromisso com a governança clínica, a ética profissional e a melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado prestado.



GESTÃO EM SAÚDE

Indicador 66 – Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional. Maio 2026.

O indicador de preenchimento completo de prontuário eletrônico/digital, no mês de maio não atingiu a meta estabelecida na abrangência de 100% de todos os requisitos descritos no indicador de acordo com o termo de referência de contrato.

De acordo com a análise feita, observa-se oportunidades de melhoria no processo de trabalho que está diretamente relacionada a esse indicador em todas as categorias profissionais analisadas, visto que há um déficit global no preenchimento total e uniforme do prontuário eletrônico.

Embora não se tenha atingido a meta estabelecida, é importante ressaltar a melhoria na identificação correta da estrutura documental do prontuário, onde se alcançou 98,3% de conformidade. Prescrição e evolução médica com 86,7% de conformidade. Nos itens de evolução e anotação de enfermagem, o percentual de conformidade ainda está abaixo de 80%, necessitando de ações intensas e melhoria na adesão da execução de atividades pertinentes ao processo de trabalho de forma ética e legal.

Plano de ação:

- Qualificar as auditorias de prontuário com ênfase nos procedimentos pertinentes a equipe de enfermagem;
- Apresentar resultados direcionados as equipes técnicas relacionadas;
- Solicitar ao setor de Tecnologia da Informação (TI) a avaliação dos profissionais que não tem login de acesso ao sistema informatizado;
- Solicitar ao setor de Tecnologia da Informação (TI) manuais de acesso das principais atividades desenvolvidas pelos profissionais para acesso e consulta;
- Buscar junto ao setor de Tecnologia da Informação (TI), a automação de campos obrigatórios, bloqueios de finalização incompleta, integração de formulários assistenciais;

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

Conforme definido em reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente (NEP) e alinhamento institucional junto à Gerência Operacional da Sede, o mês de maio de 2026 foi planejado com redução do número de treinamentos institucionais, visando otimizar as ações educativas, favorecer maior assimilação dos conteúdos pelas equipes e minimizar os impactos relacionados à liberação dos colaboradores para participação nas capacitações. A estratégia foi adotada considerando as dificuldades relatadas pelas lideranças assistenciais quanto à disponibilidade das equipes para participação simultânea em múltiplos treinamentos, especialmente em decorrência das limitações operacionais relacionadas ao dimensionamento de pessoal.

No período, foram realizados 12 treinamentos institucionais, distribuídos da seguinte forma:

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

Adicionalmente, foram realizadas 09 ações classificadas como Orientações/Instruções de Trabalho e Processos Internos, conduzidas pelos respectivos setores conforme suas necessidades operacionais.

Os treinamentos classificados como Metas de Segurança do Paciente foram:

Meta 5 – Higienização das Mãos e Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)

- Treinamento conduzido pela SCIH;
- 10 turmas realizadas;
- 342 participações registradas.

Meta 3 – Uso Seguro de Medicamentos • Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação;

- Treinamento conduzido pela Farmácia;

- 05 turmas realizadas;
- 21 participações registradas. Meta 5 – Higienização das Mãos
- Treinamento complementar realizado junto à equipe do Serviço de Nutrição e Dietética (SND);
- 02 turmas realizadas;
- 16 participações registradas.

Ao final do período, foram contabilizadas 379 participações em ações vinculadas às Metas de Segurança do Paciente. Considerando o público-alvo elegível composto por 485 colaboradores ativos, aplicou-se o cálculo: $(379 \div 485) \times 100 = 78,14\%$ Dessa forma, o indicador atingiu resultado superior à meta contratual mínima estabelecida ($\geq 75\%$).

Análise Qualitativa e Desempenho do Indicador O resultado obtido demonstra cumprimento da meta contratual pactuada para o período. Entretanto, a análise detalhada dos dados evidencia que o alcance do indicador foi favorecido não apenas pela ação institucional prioritária prevista para o mês, mas também pela contribuição de treinamentos realizados pelo Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e pela Farmácia, cujos conteúdos estavam igualmente relacionados às Metas de Segurança do Paciente. Durante o acompanhamento mensal do indicador, observou-se que o quantitativo de participações vinculado ao treinamento institucional de Higienização das Mãos encontrava-se abaixo do necessário para o atingimento da meta contratual. A situação foi monitorada pelo NEP ao longo do período e comunicada às áreas envolvidas e à gestão institucional, permitindo acompanhamento da evolução dos resultados. Ao final do mês, o indicador atingiu o percentual pactuado em razão da contribuição adicional das ações educativas desenvolvidas pelo SND e pela Farmácia, reforçando a importância da atuação integrada entre os setores e da corresponsabilidade institucional no alcance dos indicadores pactuados. Destaca-se que o cálculo foi realizado considerando o público-alvo elegível composto por todos os colaboradores ativos da instituição (485 profissionais), sendo as ações executadas por meio de formato híbrido, contemplando treinamentos presenciais programados e atividades in loco desenvolvidas pelos setores.

Aspectos Críticos Identificados

- Existência de colaboradores com múltiplas participações em ações educativas, enquanto outros não participaram de nenhuma atividade relacionada ao indicador no período;

- Necessidade de fortalecimento do acompanhamento da participação dos colaboradores pelas lideranças imediatas, utilizando as ferramentas de controle disponibilizadas institucionalmente;

- Necessidade de monitoramento contínuo das coberturas alcançadas durante a execução das ações educativas, possibilitando intervenções oportunas quando identificado risco de não atingimento dos indicadores;

- Necessidade de ampliação da corresponsabilização das lideranças e responsáveis técnicos na execução e replicação das ações educativas previstas no Plano Anual de Treinamentos.

Aspecto Estrutural Relevante A estratégia de redução dos temas institucionais no mês de maio mostrou-se adequada à realidade operacional da instituição, permitindo maior direcionamento das equipes para os conteúdos prioritários definidos pela Comissão do NEP. Entretanto, os resultados demonstram que o alcance efetivo das metas institucionais depende não apenas da oferta dos treinamentos, mas também do acompanhamento sistemático da participação dos colaboradores pelas lideranças imediatas.

Nesse contexto, reforça-se a importância da utilização efetiva das planilhas de controle de treinamentos pelos gestores dos setores, permitindo identificar profissionais sem participação nas ações educativas e direcioná-los oportunamente às capacitações programadas. Pontos de Atenção para Melhoria

- Fortalecimento do acompanhamento da participação dos colaboradores pelos gestores imediatos;

- Utilização sistemática das planilhas de controle de treinamentos para monitoramento das pendências individuais;

- Ampliação da corresponsabilização das lideranças assistenciais e setoriais na execução, replicação e acompanhamento das ações educativas;

- Monitoramento periódico dos indicadores durante o mês, permitindo identificação precoce de riscos e adoção de medidas corretivas;

- Manutenção da integração entre os diferentes setores envolvidos nas ações relacionadas às Metas de Segurança do Paciente. Conclusão O indicador de Metas de Segurança do Paciente atingiu resultado de 78,14% no mês de maio de 2026, superando a meta contratual mínima estabelecida.

A análise crítica evidencia que o resultado foi alcançado mediante atuação conjunta de diferentes setores da instituição e reforça a importância da corresponsabilidade das lideranças no acompanhamento das participações e no direcionamento dos colaboradores para as ações educativas propostas.

A manutenção de mecanismos efetivos de controle, acompanhamento e monitoramento das capacitações permanece fundamental para garantir maior cobertura do público-alvo, fortalecimento da cultura de segurança do paciente e sustentabilidade dos resultados institucionais pactuados

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

Conforme definido em reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente (NEP) e alinhamento institucional junto à Gerência Operacional da Sede, o mês de maio de 2026 foi planejado com redução do número de treinamentos institucionais, visando otimizar as ações educativas, favorecer maior assimilação dos conteúdos pelas equipes e minimizar os impactos relacionados à liberação dos colaboradores para participação nas capacitações. A estratégia foi adotada considerando as dificuldades relatadas pelas lideranças assistenciais quanto à disponibilidade das equipes para participação simultânea em múltiplos treinamentos, especialmente em decorrência das limitações operacionais relacionadas ao dimensionamento de pessoal. Para o período, foi definido como tema prioritário do eixo de Práticas e Protocolos Assistenciais:

☞ **Inclusão do Paciente e Familiar no Cuidado** O tema foi direcionado à equipe de enfermagem, sendo estruturado em formato de multiplicação do conhecimento, no qual o NEP realizou a capacitação inicial dos enfermeiros, responsáveis pela replicação do conteúdo às suas respectivas equipes. Além do tema prioritário, permaneceu facultada aos setores a realização de treinamentos previstos em seus planejamentos setoriais e no Plano Anual de Treinamentos (PAT) 2026, conforme necessidades específicas identificadas pelas lideranças.

No período foram realizados:

- 10 treinamentos classificados como Práticas e Protocolos Assistenciais;
- 02 treinamentos classificados como Metas de Segurança do Paciente;
- 09 ações classificadas como Orientações/Instruções de Trabalho e Processos Internos. Embora as Orientações/Instruções não componham os indicadores contratuais da

Prefeitura Municipal, representam importante ferramenta para o cumprimento das cargas horárias mínimas de capacitação institucional, correspondentes a 1 hora/homem/mês para áreas administrativas e 2 horas/homem/mês para áreas assistenciais.

Treinamentos classificados como Práticas e Protocolos Assistenciais Tema Participações Atendimento a Urgências e Emergências Transfusionais Posicionamento do Paciente Cirúrgico Adulto REPAE: Monitoramento e Controle dos Sinais Vitais no Pós Exame de Endoscopia e Colonoscopia Inclusão do Paciente e Familiar no Cuidado Emergências Obstétricas Passo a Passo para Coleta do Pezinho Avaliação Clínica da Criança: SSVV e Reconhecimento de Sinais de Gravidade Classificação de Risco e Redirecionamento de Paciente Total de participações registradas: 309 05 10 09 155 41 45 38 06 Considerando o público-alvo elegível composto por 311 profissionais (306 colaboradores da equipe de enfermagem acrescidos de 05 Técnicos de Laboratório contemplados pelo treinamento de Emergências Transfusionais), aplicou-se o cálculo: $(309 \div 311) \times 100 = 99,35\%$ O resultado superou amplamente a meta contratual mínima estabelecida de 60%.

Análise Qualitativa e Desempenho do Indicador O resultado alcançado demonstra desempenho quantitativo expressivo, evidenciando mobilização institucional para execução das ações educativas previstas no período. Destaca-se o treinamento Inclusão do Paciente e Familiar no Cuidado, definido como tema prioritário para o mês de maio, que totalizou 155 participações, representando aproximadamente 50,2% de todas as participações registradas no eixo de Práticas Assistenciais. Para viabilizar a execução da proposta, o NEP realizou seis turmas direcionadas aos enfermeiros, que atuariam como multiplicadores junto às equipes de enfermagem.

Considerando a complexidade operacional envolvida na capacitação de todo o efetivo assistencial, a estratégia foi adotada com o objetivo de ampliar o alcance do treinamento, fortalecer a educação permanente nos setores e promover maior responsabilização das lideranças no processo educativo. Ao longo do período, foram realizadas 33 turmas relacionadas ao tema, alcançando 155 profissionais de um total de 306 colaboradores da equipe de enfermagem, correspondendo a aproximadamente 50,7% do público-alvo previsto. Observa-se, entretanto, que a adesão parcial dos enfermeiros às capacitações iniciais e a execução não uniforme das replicações impactaram diretamente o alcance do tema prioritário. Os resultados demonstram que, embora o treinamento central tenha alcançado número expressivo de participantes, seu quantitativo isolado não seria

suficiente para atingir o percentual necessário ao cumprimento do indicador contratual. Nesse contexto, os demais treinamentos realizados pelos setores desempenharam papel relevante na composição do resultado final, evidenciando a importância da manutenção das ações educativas complementares e do envolvimento das diferentes lideranças assistenciais. Aspectos Críticos Identificados

- Participação parcial dos enfermeiros nas capacitações destinadas à formação de multiplicadores;
- Execução heterogênea das replicações previstas entre os diferentes setores;
- Existência de colaboradores com múltiplas participações em treinamentos distintos, enquanto outros não participaram de nenhuma ação educativa durante o período;
- Dependência da adesão das lideranças para efetiva disseminação dos conteúdos prioritários;
- Necessidade de acompanhamento contínuo das coberturas alcançadas ao longo da execução das ações educativas.

Aspecto Estrutural Relevante A estratégia de compartilhamento da responsabilidade educativa entre NEP e lideranças assistenciais mostrou-se adequada à proposta de fortalecimento da Educação Permanente e à realidade operacional da instituição.

Entretanto, os resultados demonstram que o sucesso desse modelo depende diretamente da participação ativa dos multiplicadores e do acompanhamento sistemático das ações realizadas pelos setores. Nesse contexto, reforça-se a importância da corresponsabilização dos gestores e enfermeiros na condução das ações educativas, acompanhamento das participações e direcionamento dos colaboradores para as capacitações previstas. Orientações/Instruções de Trabalho Realizadas no Período Durante o mês de maio foram desenvolvidas 09 ações classificadas como Orientações/Instruções de Trabalho, abrangendo temas administrativos, operacionais e de segurança do trabalhador:

- Controle de Digitação e Demandas de Faturamento;
- Prontuário e Documentação Obrigatória;
- Preenchimento Correto da Solicitação de Esterilização;
- Emergências e Gestão de Risco;
- Aleitamento Materno na UTI Neonatal;

- Ponto Mais;
- Competências e Responsabilidades dos Técnicos e Enfermeiros;
- Comunicação de Acidente Imediato;
- Uso de EPI em Todas as Atividades.

Embora não componham os indicadores contratuais relacionados à Prefeitura Municipal, essas ações possuem relevância institucional significativa, contribuindo para a qualificação dos processos internos, fortalecimento da segurança ocupacional, conformidade documental e cumprimento das cargas horárias mínimas de capacitação exigidas institucionalmente. Pontos de Atenção para Melhoria

- Fortalecimento da participação das lideranças nos processos de multiplicação do conhecimento;
- Monitoramento sistemático das participações pelos gestores imediatos utilizando os controles institucionais disponibilizados;
- Acompanhamento das replicações previstas nos treinamentos conduzidos por multiplicadores;
- Ampliação da corresponsabilização dos setores no cumprimento das metas educacionais;
- Manutenção da integração entre NEP, lideranças e setores assistenciais na execução das ações educativas.

Conclusão

O indicador de Práticas e Protocolos Assistenciais atingiu resultado de 99,35% no mês de maio de 2026, superando significativamente a meta contratual estabelecida. A análise evidencia que o resultado foi alcançado mediante atuação conjunta dos diferentes setores da instituição e reforça a importância da corresponsabilização das lideranças na execução, replicação e acompanhamento das ações educativas. Os resultados também demonstram que a definição de temas prioritários pode contribuir para maior direcionamento das ações de capacitação; contudo, a efetividade dessa estratégia depende diretamente da adesão dos multiplicadores, da participação das equipes e do acompanhamento sistemático realizado pelos gestores, garantindo cobertura adequada do público-alvo e fortalecimento contínuo das práticas assistenciais institucionais

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 69.40 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	415	0
12	Realizar o Valor Mínimo de Cirurgia Eletiva	145	-	As metas serão avaliadas individualmente por procedimento,	105	



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	12	1
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	06	1
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	05	1
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	11	1
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	48	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	05	3
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	04	1
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	05	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	01	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	04	5



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	04	0
24	Realizar no Mínimo de consultas ambulatoriais eletivas	230	-	As metas serão avaliadas individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	180	
25	Cardiologia, avaliação pré sedação	200	4	De 90 a 100% da meta = 4 pontos De 50 a 89% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	150	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	30	4
27	Realizar no mínimo de Cirurgias ambulatoriais eletivas	105	-	As metas serão avaliadas Individualmente por consulta, sendo Conforme abaixo:	70	
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	40	5
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	25	1
31	Realizar exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA	3515	-	Serão Avaliadas individualmente conforme abaixo	3118	
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	295	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	1748	2,8
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	692	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	7	1
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	73	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	0	0,0
38	Eletrocardiograma	100	2,8	De 80 a 100% da meta = 2,8 pontos De 50 a 79,99% da meta = 1 ponto Inferior a 50% da meta = 0 pontos	93	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	5	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	105	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	100	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	0,0



GESTÃO EM SAÚDE



Item	Indicador	Meta Contratual	Pontuação Prevista	Análise da Pontuação Total Obtida	Resultado Obtido	Pontuação Alcançada
TOTAL			115,80		RESULTADO	69.40

Fonte: Consolidado TR e Relatório Tasy (2026)

INDICADORES – EQUIPE MÉDICA

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

No mês de maio de 2026, o indicador de cumprimento da carga horária médica alcançou integralmente a meta estabelecida em contrato, correspondendo a 100% de execução, evidenciando adequada cobertura assistencial e disponibilidade de profissionais para atendimento da demanda institucional.

Na especialidade de Infectologia, a execução também atingiu 100% da carga horária pactuada, com o cumprimento das 87,00 horas previstas para o período.

O Hospital Municipal de Araucária manteve a regularidade das escalas médicas em todas as especialidades assistenciais, garantindo o atendimento dos parâmetros contratuais e a continuidade da assistência prestada à população.

Com o objetivo de assegurar a manutenção desses resultados, segue sendo realizado o acompanhamento contínuo das escalas de trabalho, em articulação permanente com a empresa responsável pela prestação dos serviços médicos. Essa estratégia permite a identificação precoce de eventuais necessidades de ajuste, contribuindo para a prevenção de desassistência e para a manutenção da qualidade, segurança e eficiência dos serviços ofertados.

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

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

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

A seguir, apresenta-se a relação dos coordenadores médicos atuantes no Hospital Municipal de Araucária no mês de maio 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, Maio 2026.

A Direção Técnica do Hospital Municipal de Araucária, atualmente sob responsabilidade do Dr. Isaac Brambilla, cumpriu regularmente carga horária semanal mínima de 20 (vinte) horas, em conformidade com as atribuições inerentes à função e às disposições institucionais vigentes. Foram desenvolvidas atividades administrativas relacionadas à supervisão técnica institucional, acompanhamento de processos internos, organização documental, monitoramento das rotinas operacionais e apoio à gestão das escalas médicas, com foco na manutenção da regularidade e do adequado funcionamento dos serviços hospitalares.

INDICADOR – INTERNAMENTO/SAÍDAS HOSPITALARES

Indicador 11 – Internamentos/Saídas Hospitalares, Maio 2026.

Durante o período analisado, foram registradas 282 (duzentos e oitenta e dois) saídas hospitalares decorrentes de atendimentos clínicos de urgência/emergência (óbitos, alta melhorado, transferência externa, alta a pedido e/ou evasão) e 133 (cento e trinta e três) saídas de pacientes cirúrgicos de urgência/emergência, totalizando 415 (quatrocentos e quinze) saídas de urgência/emergência, quantitativo inferior à meta estabelecida no contrato de gestão.

No mês de Maio de 2026, foram registradas 487 (quatrocentos e oitenta e sete) saídas hospitalares, das quais 415 (quatrocentos e quinze) referiram-se a atendimentos de urgência/emergência e 72 (setenta e dois) a pacientes eletivos, em conformidade com a meta estabelecida.

INDICADOR – CIRURGIAS ELETIVAS HOSPITALARES

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

Com base nos dados apresentados, a unidade demonstrou desempenho heterogêneo na execução das cirurgias eletivas, com resultados satisfatórios em algumas especialidades e desempenho aquém da meta em outras, evidenciando oportunidades de melhoria na organização assistencial e no acesso dos pacientes.

Cirurgia Geral: meta 20 (vinte), realizadas 12 (doze), desempenho de 60% (sessenta por cento), não atingindo a meta estabelecida.

Cirurgia Geral por Vídeo: meta 10 (dez), realizadas 6 (seis), desempenho de 60% (sessenta por cento), abaixo do esperado.

Cirurgia Geral – Coloproctologia: meta 10 (dez), realizadas 4 (quatro), desempenho de 40% (quarenta por cento), com baixa produção, sugerindo possível limitação de acesso ambulatorial, formação de fila cirúrgica ou disponibilidade de especialista.

Cirurgia Pediátrica: meta 20 (vinte), realizadas 11 (onze), desempenho de 55% (cinquenta e cinco por cento), abaixo da meta prevista.

Cirurgia Ginecológica: meta 40 (quarenta), realizadas 48 (quarenta e oito), desempenho de 120% (cento e vinte por cento), superando a meta estabelecida, evidenciando boa organização e alta demanda assistencial atendida.

Cirurgia Ginecológica por Vídeo: meta 6 (seis), realizadas 4 (quatro), desempenho de 67% (sessenta e sete por cento), abaixo do esperado.

Cirurgia Ginecológica por Vídeo (Endometriose): meta 4 (quatro), realizadas 5 (cinco), desempenho de 125% (cento e vinte e cinco por cento), superando a meta.

Cirurgia Ortopédica: meta 5 (cinco), realizadas 5 (cinco), desempenho de 100% (cem por cento), atingindo integralmente a meta proposta.

Laqueadura Eletiva: meta 5 (cinco), realizadas 1 (uma), desempenho de 20% (vinte por cento), com baixa adesão, possivelmente relacionada a absenteísmo em consultas, etapas pré-operatórias ou critérios assistenciais.

Laqueadura por Parto: meta 5 (cinco), realizadas 4 (quatro), desempenho de 80% (oitenta por cento), próximo ao atingimento da meta.

Cirurgia Vascular: meta 20 (vinte), realizadas 4 (quatro), desempenho de 20% (vinte por cento), significativamente abaixo do esperado, indicando necessidade de avaliação de oferta assistencial, disponibilidade de equipe especializada ou fluxo regulatório.

De forma geral, observa-se que, apesar do bom desempenho em especialidades como cirurgia ginecológica, endometriose e ortopedia, a unidade apresentou desempenho global abaixo do esperado, com impacto relevante nas especialidades de cirurgia geral, pediátrica, vascular e laqueadura eletiva.

Os resultados sugerem a necessidade de análise dos fluxos assistenciais, fortalecimento do acesso ambulatorial para formação de demanda cirúrgica, redução de absenteísmo e avaliação da disponibilidade de profissionais especialistas, visando otimizar a ocupação das salas cirúrgicas e o cumprimento das metas pactuadas.

INDICADOR – CONSULTAS E CIRURGIAS AMBULATORIAIS ELETIVAS

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

No mês de abril, foram agendadas 111 (cento e onze) consultas de Cardiologia – avaliação pré-sedação, das quais 89 (oitenta e nove) foram realizadas, representando 44,50% (quarenta e quatro vírgula cinquenta por cento) da meta. O absenteísmo foi de 20,35% (vinte vírgula trinta e cinco por cento), totalizando 23 (vinte e três) faltas, com baixo volume de reagendamentos.

No mês de maio, observou-se evolução no desempenho, com 177 (cento e setenta e sete) consultas agendadas e 150 (cento e cinquenta) realizadas, atingindo 75% (setenta e cinco por cento) da meta. O absenteísmo reduziu para 15,73% (quinze vírgula setenta e três por cento), totalizando 28 (vinte e oito) faltas, sendo registrado 01 (um) atendimento proveniente de reagendamento da competência anterior.

Comparativamente, verifica-se melhora no cumprimento da meta e redução do absenteísmo; entretanto, o indicador permanece não conforme, pois ainda não atingiu o percentual esperado. A limitação na oferta de pacientes via regulação (CRA) e as faltas continuam impactando o resultado.

Como plano de ação, será intensificado o alinhamento com a regulação para ampliação da oferta de pacientes, mantido o monitoramento contínuo das agendas e reforçada a confirmação prévia das consultas, com atuação da equipe administrativa e da coordenação do ambulatório, de forma contínua nas próximas competências, utilizando os recursos disponíveis, com foco na redução do absenteísmo e no melhor aproveitamento das vagas.

Indicador conforme – Consultas de Plano de Parto

No mês de abril, foram agendadas 61 (sessenta e uma) consultas de plano de parto, das quais 38 (trinta e oito) foram realizadas, representando 126,67% (cento e vinte e seis vírgula sessenta e sete por cento) da meta. O absenteísmo foi de 37,70% (trinta e sete vírgula setenta por cento), totalizando 23 (vinte e três) faltas.

No mês de maio, foram agendadas 59 (cinquenta e nove) consultas, com 30 (trinta) atendimentos realizados, atingindo 100% (cem por cento) da meta. O absenteísmo foi de 49,15% (quarenta e nove vírgula quinze por cento), totalizando 29 (vinte e nove) faltas.

Comparativamente, o indicador manteve-se conforme em ambos os períodos, embora com redução do desempenho em maio e aumento do absenteísmo. Destacam-se como pontos positivos a organização da agenda, o comprometimento da equipe e a manutenção das ações de confirmação prévia, que contribuem para a continuidade dos resultados.

Ressalta-se que as estratégias de monitoramento e confirmação das consultas permanecem sendo realizadas, visando manter a estabilidade dos resultados e reduzir os impactos do absenteísmo.

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

No mês de maio de 2026, a unidade apresentou desempenho moderado na execução das cirurgias ambulatoriais, evidenciando capacidade produtiva ativa, porém com redução do volume assistencial em algumas especialidades. O total de procedimentos realizados no período foi de 70, demonstrando manutenção parcial da oferta, com oportunidades de ampliação da produção.

No detalhamento por especialidade, os resultados foram os seguintes:

Vasectomia: foram realizados 5 procedimentos, mantendo desempenho adequado e indicando organização do fluxo de atendimento e adesão dos pacientes ao procedimento.

Cirurgia Ambulatorial: foram realizados 40 procedimentos, representando volume expressivo dentro da produção total, porém com possibilidade de ampliação, considerando a capacidade instalada da unidade.

Varizes com Espuma: foram realizados 25 procedimentos, evidenciando redução na produção quando comparado a períodos anteriores, sugerindo necessidade de reavaliação do fluxo de captação e agendamento desses pacientes.

De forma geral, o quantitativo de 70 procedimentos realizados no período demonstra utilização parcial da capacidade operacional da unidade, mantendo a continuidade da assistência, porém com indicativo de oscilação na produção, especialmente no que se refere aos procedimentos de varizes com espuma.

Observa-se que a unidade mantém estrutura organizacional e assistencial capaz de sustentar a execução dos procedimentos, com equipe atuante e processos estabelecidos. Entretanto, há necessidade de fortalecimento de estratégias voltadas à otimização da agenda e redução de possíveis ociosidades.

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, Maio 2026.

No período de 01 a 31 de maio de 2026, foram realizados 3.118 (três mil cento e dezoito) exames de SADT, o que corresponde a 88,71% (oitenta e oito vírgula setenta e um por cento) da meta estabelecida no Contrato de Gestão.

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

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

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

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 2.400 (duas mil e quatrocentas) vagas para a realização do exame. Foram agendados 2.396 (duas mil trezentas e noventa e seis) exames, dos quais 1.748 (mil setecentos e quarenta e oito) foram efetivamente realizados, atingindo 87,40% (oitenta e sete vírgula quarenta por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 27,88% (vinte e sete vírgula oitenta e oito por cento), equivalente a 668 (seiscentas e sessenta e oito) faltas.

Dos 1.748 (mil setecentos e quarenta e oito) exames realizados, 20 (vinte) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

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

Foram disponibilizadas 113,38% (cento e treze vírgula trinta e oito por cento) da meta, correspondendo à oferta de 907 (novecentas e sete) vagas para a realização do exame. Foram agendados 906 (novecentos e seis) exames, dos quais 692 (seiscentos e noventa e dois) foram efetivamente realizados, atingindo 86,50% (oitenta e seis vírgula cinquenta por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 23,95% (vinte e três vírgula noventa e cinco por cento), equivalente a 217 (duzentas e dezessete) faltas.

Dos 692 (seiscentos e noventa e dois) exames realizados, 03 (três) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

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

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 12 (doze) vagas para a realização do exame. Foram agendados 12 (doze) exames, dos quais 7 (sete) foram efetivamente realizados, atingindo 70,00% (setenta por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 41,67% (quarenta e um vírgula sessenta e sete por cento), equivalente a 5 (cinco) faltas.

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

Foram disponibilizadas 120% da meta pactuada, correspondendo à oferta de 36 (trinta e seis) vagas para a realização do exame. Foram agendados 36 (trinta e seis) pacientes.

Entretanto, devido a problemas técnicos no equipamento, não foi possível realizar os exames durante o mês de maio. As medidas necessárias para o reparo do aparelho já estão sendo adotadas, com o objetivo de restabelecer o serviço o mais breve possível e realizar os agendamentos dos pacientes.

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

Foram disponibilizadas 125,00% (cento e vinte e cinco por cento) da meta, correspondendo à oferta de 125 (cento e vinte e cinco) vagas para a realização do exame. Foram agendados 125 (cento e vinte e cinco) exames, dos quais 93 (noventa e três) foram efetivamente realizados, atingindo 93,00% (noventa e três por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 40,00% (quarenta por cento), equivalente a 50 (cinquenta) faltas.

Dos 93 (noventa e três) exames realizados, 3 (três) correspondem a agendamentos de competência anterior.

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

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 6 (seis) vagas para a realização do exame. Foram agendados 6 (seis) exames, dos quais 5 (cinco) foram efetivamente realizados, atingindo 100,00% (cem por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 16,67%, equivalente a 1 (um) faltas.

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

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 120 (cento e vinte) vagas para a realização do exame. Foram agendados 119 (cento e dezenove) exames, dos quais 105 (cento e cinco) foram efetivamente realizados, atingindo 105,00% (cento e cinco por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 18,49% (dezoito vírgula quarenta e nove por cento), equivalente a 22 (vinte e duas) faltas.

Dos 105 (cento e cinco) exames realizados, 8 (oito) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

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

Foram disponibilizadas 120,00% (cento e vinte por cento) da meta, correspondendo à oferta de 120 (cento e vinte) vagas para a realização do exame. Foram agendados 115 (cento e quinze) exames, dos quais 100 (cem) foram efetivamente realizados, atingindo 100,00% (cem por cento) da meta pactuada.

Registrou-se índice de absenteísmo de 26,96% (vinte e seis vírgula noventa e seis por cento), equivalente a 31 (trinta e uma) faltas.

Dos 100 (cem) exames realizados, 2 (dois) correspondem a agendamentos de competências anteriores.

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

Não houve abertura de agenda no período; consequentemente, não foram realizados exames, em razão da ausência de profissional habilitado. Tal situação decorre da transição de gestão, com a troca da Organização Social (OS), que resultou na não formalização contratual com a médica responsável pela realização deste exame.

CONCLUSÃO – INDICADOR SADT

No período analisado, observa-se que o Hospital Municipal de Araucária manteve oferta ampliada de exames de SADT, em geral acima de 100% da meta contratual, com desempenho global satisfatório em termos de produção, mas com limitações importantes relacionadas ao absenteísmo, à disponibilidade de profissionais e a problemas técnicos em equipamentos. Em abril de 2026, foram realizados 2.882 exames de SADT, correspondendo a 81,99% da meta contratual calculada sobre os exames efetivamente agendados pela Central de Regulação, o que demonstra capacidade operacional instalada, porém dependente da demanda encaminhada pelo município.

Em maio de 2026, o volume total de SADT alcançou 3.118 exames, atingindo 88,71% da meta global, com diversos indicadores apresentando cumprimento igual ou superior a 100% da meta (como biópsias de próstata por PAAF, endoscopias, colonoscopias e ecocardiogramas). Destaca-se a estratégia de oferta ampliada (120% da meta em vários procedimentos) como medida para absorver a demanda reprimida, bem como o aproveitamento de agendamentos de competências anteriores, contribuindo para a redução de filas.

Por outro lado, os índices de absenteísmo se mostram elevados em diferentes modalidades (radiodiagnóstico, ultrassonografia, eletrocardiograma, entre outras), impactando diretamente o percentual de realização frente à oferta disponibilizada e indicando a necessidade de ações específicas de educação em



GESTÃO EM SAÚDE



saúde, confirmação ativa de consultas, revisão de fluxos de agendamento e, eventualmente, readequação de horários e logística para o usuário. Há, ainda, restrições pontuais de acesso decorrentes de fatores estruturais e de gestão, como a interrupção dos testes ergométricos por problema técnico em equipamento e a ausência de ecocardiogramas fetais por falta de profissional habilitado em contexto de transição da Organização Social.

Em síntese, o cenário demonstra que o hospital dispõe de capacidade instalada adequada, com metas majoritariamente atingidas ou próximas do pactuado, porém o pleno aproveitamento dessa capacidade é limitado por faltas dos pacientes, questões técnicas e de recursos humanos. Recomenda-se, assim, o fortalecimento das estratégias de gestão da agenda (incluindo remanejamentos rápidos e listas de espera ativas), a redução do absenteísmo, a garantia de manutenção preventiva dos equipamentos e a regularização da força de trabalho especializada, a fim de consolidar e ampliar os resultados positivos observados e assegurar o cumprimento integral das metas contratuais.

Plano Institucional de Melhoria Contínua

Com base nos resultados obtidos durante o mês de maio de 2026, a gestão instituiu plano permanente de monitoramento dos indicadores contratuais, contemplando ações assistenciais, administrativas e operacionais voltadas à melhoria contínua dos resultados. Dentre as principais ações previstas destacam-se:

- Fortalecimento do Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Monitoramento diário da ocupação hospitalar por meio dos Huddles Operacionais;
- Integração entre gestão assistencial e Central de Regulação;
- Acompanhamento semanal dos indicadores contratuais;
- Revisão contínua dos fluxos assistenciais;
- Fortalecimento das ações de educação permanente;
- Continuidade das adequações estruturais da unidade;
- Monitoramento das metas estratégicas junto às lideranças setoriais.

6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos indicadores assistenciais apresentados no período deve observar o contexto excepcional vivenciado pelo Hospital Municipal de Araucária, em razão da execução da reforma estrutural do telhado da unidade, fato formalmente comunicado aos órgãos competentes por meio dos Ofícios HMA nº 121/2026 e nº 143/2026.

Conforme amplamente demonstrado nos documentos encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde e aos órgãos reguladores, a intervenção ocorreu entre os dias 01 e 15 de maio de 2026, exigindo a adoção de medidas temporárias de contingenciamento assistencial em virtude da necessidade de preservação da segurança dos pacientes, colaboradores e da própria estrutura hospitalar. Durante esse período, houve bloqueio temporário de 35 leitos de internação, sendo 22 leitos de Clínica Médica e 13 leitos de Clínica Cirúrgica, com consequente redução da capacidade operacional da unidade.

Como consequência direta dessa redução estrutural, foi necessária a restrição temporária do recebimento de pacientes regulados pela Rede de Urgência e Emergência, incluindo encaminhamentos oriundos do SAMU, SIATE e Central Municipal de Leitos, bem como a suspensão das cirurgias eletivas nas especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia que demandavam internação hospitalar, mantendo-se exclusivamente os atendimentos classificados como urgência e emergência.

Dessa forma, eventual redução observada nos indicadores de internação, taxa de ocupação hospitalar, giro de leitos, produção cirúrgica eletiva, admissões reguladas e demais metas quantitativas relacionadas à capacidade instalada da unidade possui relação direta e inequívoca com a limitação operacional temporária imposta pela execução da obra estrutural.

Cumpre destacar que a referida intervenção não decorreu de decisão administrativa desta Organização Social, tampouco se encontrava sob sua governabilidade ou gestão direta. A reforma estrutural foi planejada, autorizada e executada sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, proprietária da estrutura física do Hospital Municipal de Araucária e responsável pelas intervenções patrimoniais necessárias à conservação e segurança da unidade.

Neste contexto, não competia à Organização Social deliberar acerca da realização, suspensão, postergação ou alteração do cronograma da obra, cabendo-lhe exclusivamente adotar as medidas operacionais necessárias para compatibilizar a execução da intervenção com a continuidade da assistência à população.

A atuação da entidade gestora restringiu-se à reorganização dos fluxos assistenciais, remanejamento de pacientes, adequação da capacidade instalada remanescente, manutenção dos serviços essenciais e comunicação tempestiva aos órgãos reguladores e fiscalizadores acerca dos impactos decorrentes da intervenção estrutural, agindo em estrita observância aos princípios da boa-fé, transparência, continuidade do serviço público e segurança assistencial.

Importante ressaltar que, mesmo diante da expressiva redução da capacidade operacional, permaneceram integralmente preservados os serviços de Obstetrícia, Ginecologia e UTI Neonatal, além da manutenção do atendimento às urgências e emergências do município, evidenciando o compromisso institucional com a assistência e com a mitigação dos impactos decorrentes da obra.

Adicionalmente, destaca-se que a Administração Pública teve ciência prévia e inequívoca dos impactos operacionais decorrentes da intervenção, uma vez que todas as medidas de contingenciamento foram formalmente comunicadas antes do início da execução da obra e posteriormente detalhadas por meio de relatório técnico complementar, não havendo qualquer omissão por parte desta gestora quanto aos efeitos esperados sobre a produção assistencial da unidade.

Assim, os resultados apurados no período não podem ser interpretados como falha de gestão, inadimplemento contratual ou insuficiência operacional da Organização Social, mas sim como reflexo direto de circunstância extraordinária, temporária e alheia à sua governabilidade, decorrente de obra estrutural promovida pelo próprio Poder Público, cuja execução era imprescindível para assegurar melhores condições de segurança, funcionalidade e qualidade assistencial à população usuária do Sistema Único de Saúde.

Por fim, destaca-se que os benefícios decorrentes da reforma estrutural serão incorporados permanentemente ao patrimônio público municipal e à capacidade operacional futura da unidade hospitalar, constituindo investimento estratégico para a melhoria das condições assistenciais, motivo pelo qual a Organização Social atuou de forma colaborativa e responsável, promovendo os ajustes necessários para viabilizar a execução da obra sem interrupção dos serviços essenciais prestados à população.

Diante do exposto, requer-se que a avaliação dos indicadores assistenciais do período considere o contexto excepcional ora demonstrado, observando os princípios da razoabilidade, proporcionalidade, boa-fé contratual, continuidade do serviço público e supremacia do interesse público, reconhecendo-se os impactos inevitáveis decorrentes do contingenciamento operacional temporário formalmente comunicado e devidamente comprovado.

Araucária, 12 de junho de 2026.

Diretoria Geral

Hospital Municipal de Araucária – HMA



Documento assinado digitalmente
ISAAC PONCE BRAMBILLA
Data: 15/06/2026 15:23:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Diretoria Técnica

Hospital Municipal de Araucária – HMA



Documento assinado digitalmente
ANA LIZ MINTE DA SILVA
Data: 15/06/2026 15:43:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Gerência Assistencial

Hospital Municipal de Araucária – HMA



Documento assinado digitalmente
DAVID PAZIAN
Data: 15/06/2026 19:29:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>