



Superintendência de Governança Hospitalar – SGH
Coordenadoria de Atenção Hospitalar – CAH
Unidade de Monitoramento de Performance Hospitalar – UMPH

Relatório de Monitoramento de Performance Hospitalar
Hospital Regional Dr. José de Simone Netto
Ponta Porã - MS

UMPH Cone Sul

COMPETÊNCIA: AGO26

Sumário

1. Identificação da Unidade	3
2. Sistemática de Pagamento	3
3. Metodologia de Monitoramento da Performance da Hospitalar	3
4. Metas de Produção Assistencial	3
4.1. Ambulatório Pré-Cirúrgico	3
4.2. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	6
4.3. Pronto Socorro	9
4.4. Cirurgias de Urgência	14
4.5. Cirurgias Eletivas	16
5. Metas de Qualidade e Desempenho	18
5.1. Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde	18
5.2. Indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	20
5.3. Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária	24
5.4. Indicadores de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	25
6. Desempenho Assistencial e Operacional da Unidade	27
7. Registros de caso e Plano de Trabalho	31
8. Emendas Parlamentares em Execução	33
9. Considerações Finais	33

1. Identificação da Unidade

Unidade monitorada:	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)
Município:	Ponta Porã - MS
Gestão Operacional:	Instituto Social Mais Saúde (ISMS)
Natureza da Gestão:	Contrato de Gestão Emergencial nº 01/2025
Processo Administrativo:	27/020.334/2025
Vinculação Institucional:	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS
Supervisão Técnica:	Superintendência de Governança Hospitalar (SGH)
Coordenação:	Coordenadoria de Atenção Hospitalar (CAH)
Monitoramento:	Unidade de Monitoramento da Performance Hospitalar – UMPH (Macrorregião Cone Sul)

2. Sistemática de Pagamento

O pagamento mensal previsto no Contrato de Gestão Emergencial nº 01/2025 é composto por:

- 60% – Parcela Fixa do valor total de repasse;
- 40% – Parcela Variável, aferida por resultados das metas de produção e dos indicadores de desempenho e qualidade.

A avaliação da parcela variável é quadrimestral, convertida em pontuação conforme o sistema de avaliação previsto nos anexos contratuais, sob a responsabilidade do serviço de auditoria do SUS. Em casos de contratos firmados no curso do quadrimestre, aplica-se cálculo proporcional.

3. Metodologia de Monitoramento da Performance da Hospitalar

A UMPH utiliza metodologia de monitoramento contínuo, sistemático e orientado por evidências, alinhada às diretrizes do SUS, aos instrumentos de contratualização e às normativas da SGH | SES/MS. O processo mensal envolve:

- Coleta estruturada de dados;
- Validação e consolidação das informações;
- Avaliação dos indicadores;
- Inspeções e auditorias in loco;
- Reuniões técnicas com lideranças;
- Análise crítica dos resultados;
- Elaboração de relatório analítico.

4. Metas de Produção Assistencial

4.1. Ambulatório Pré-Cirúrgico

Na competência de agosto de 2026, o Ambulatório Pré-Cirúrgico realizou 911 consultas, frente à meta mensal de 1.100 atendimentos, alcançando 82,82% do volume

pactuado e apresentando déficit global de 189 consultas. O resultado foi heterogêneo entre as especialidades, com concentração da produção em Cirurgia Geral e Ortopedia.

AGO26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
AMBULATÓRIO PRÉ-CIRÚRGICO	CONSULTA CIRURGIA GERAL	180	16,36%	253	140,56%
	CONSULTA GINECOLOGIA	180	16,36%	94	52,22%
	CONSULTA UROLOGIA	180	16,36%	104	57,78%
	CONSULTA VASCULAR	180	16,36%	0	0,00%
	CONSULTA ORTOPEDIA	180	16,36%	332	184,44%
	CONSULTA CARDIOLOGIA/RISCO CIRÚRGICO	200	18,18%	128	64,00%
	RESULTADO PARCIAL	1.100	100,00%	911	82,82%

A análise dos dados de oferta e agendamento demonstra que, nas cinco especialidades em funcionamento, foram disponibilizadas 1.228 vagas, das quais 1.124 foram agendadas. Dentre os pacientes agendados, 911 compareceram e 213 estiveram ausentes, correspondendo a absenteísmo agregado de 18,95%.

ESPECIALIDADE	VAGAS OFERTADAS	AGENDA DOS	ATENDI DOS	PERDA PRIMÁRIA	ABSENTEÍ SMO
RISCO CIRURGICO (CARDIOLOGIA)	180	148	128	17,78%	13,51%
CIRURGIA GERAL	258	302	253	-17,05%	16,23%
CIRURGIA GINECOLÓGICA	165	124	94	24,85%	24,19%
ORTOPEDIA	505	418	332	17,23%	20,57%
UROLOGIA	120	132	104	-10,00%	21,21%

Em Cardiologia/Risco Cirúrgico, foram ofertadas 180 vagas, quantitativo 10% inferior à meta de 200 consultas. Dessas vagas, 148 foram agendadas, configurando perda primária de 17,78%, e 20 pacientes não compareceram, com absenteísmo de 13,51%. Como resultado, foram realizadas 128 consultas, equivalentes a 64,00% da meta. O desempenho decorreu da combinação entre oferta inferior à pactuada, vagas não preenchidas e ausências após o agendamento. Considerando a relevância da avaliação cardiológica para a segurança e a liberação dos procedimentos eletivos, o resultado pode limitar o fluxo pré-operatório.

A Cirurgia Ginecológica apresentou 165 vagas ofertadas, abaixo da meta de 180 consultas. Apenas 124 foram agendadas, resultando em perda primária de 24,85%, a maior entre as especialidades cirúrgicas analisadas. Além disso, 30 pacientes não compareceram, correspondendo a absenteísmo de 24,19%. Assim, foram realizadas 94 consultas, com cumprimento de 52,22% da meta. O resultado indica ocorrência simultânea de oferta insuficiente, dificuldade de preenchimento das vagas e elevado número de ausências.

Na Urologia, foram disponibilizadas somente 120 vagas para uma meta de 180 consultas. Apesar da oferta reduzida, houve 132 agendamentos, caracterizando sobreagendamento. Contudo, 28 pacientes estiveram ausentes, produzindo absenteísmo de 21,21% e resultando em 104 consultas, equivalentes a 57,78% da meta. Nesse caso, o principal fator limitante foi a quantidade insuficiente de vagas ofertadas, agravada pelas ausências, ainda que parcialmente compensada pelo sobreagendamento.

Em Cirurgia Geral, foram ofertadas 258 vagas e agendados 302 pacientes, superando a capacidade inicialmente disponibilizada. Mesmo com 49 ausências e absenteísmo de 16,23%, foram realizadas 253 consultas, alcançando 140,56% da meta. De forma semelhante, a Ortopedia disponibilizou 505 vagas e registrou 418 agendamentos. Embora tenha apresentado perda primária de 17,23% e 86 ausências, com absenteísmo de 20,57%, realizou 332 consultas e atingiu 184,44% da meta. Nessas especialidades, a elevada oferta absorveu as perdas do processo de agendamento e as ausências, permitindo produção superior à pactuada. Quanto à Cirurgia Vascular, durante a fase de contrato emergencial, a linha permanece inativa.

O resultado consolidado de 82,82% foi favorecido pela superprodução de Cirurgia Geral e Ortopedia, que compensou numericamente parte da baixa execução das demais especialidades. Essa compensação não representa, entretanto, equilíbrio da oferta assistencial, pois as consultas possuem finalidades específicas e não são intercambiáveis entre as linhas de cuidado. A concentração das vagas em Ortopedia, associada à linha vascular não implantada e à oferta inferior às metas em Cardiologia/Risco Cirúrgico, Ginecologia e Urologia, evidencia a necessidade de melhor distribuição e organização da capacidade ambulatorial, fato este que será corrigido na nova modelagem do contrato de gestão após efetivação do chamamento em curso.

Os dados relacionados aos motivos das ausências apontam que 42,02% decorreram de questões pessoais, 32,44% de dificuldades relacionadas às condições de transporte e 25,53% do histórico ou das condições do próprio paciente. Das 264 tentativas de contato telefônico realizadas, 76 não foram atendidas, correspondendo a 28,79%, o que também demonstra dificuldade de confirmação e recuperação das agendas.

Recomenda-se que a gestão hospitalar, em conjunto com a regulação, avalie a adequação da oferta por especialidade, com ampliação das agendas de Cardiologia/Risco Cirúrgico, Ginecologia e Urologia. Também devem ser fortalecidas as ações de confirmação prévia, reaproveitamento oportuno das vagas canceladas, atualização dos contatos dos usuários e articulação com os municípios de origem quanto ao transporte sanitário.

4.2. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

Na competência de agosto de 2026, os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico realizaram 10.898 exames, frente à meta global de 4.540 procedimentos, alcançando 240,04% do volume pactuado. O resultado consolidado foi impulsionado, principalmente, pelos exames laboratoriais, radiografias, eletrocardiogramas e exames de imagem relacionados à urgência, não representando desempenho uniforme entre todas as modalidades.

AGO26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
SADT	EXAMES LABORATORIAIS	2.500	55,07%	6.151	246,04%
	EDA/COLONO	200	4,41%	153	76,50%
	ECG	200	4,41%	593	296,50%
	RX	1.000	22,03%	2.460	246,00%
	US DOPPLER VASCULAR	60	1,32%	0	0,00%
	US VIAS URINÁRIAS	60	1,32%	29	48,33%
	US ABDOMEN E GINECOLÓGICO	80	1,76%	28	35,00%
	US URGÊNCIA	40	0,88%	423	1057,50%
	TC ELETIVO VIA REGULAÇÃO	250	5,51%	239	95,60%
	TC URGÊNCIA	150	3,30%	822	548,00%
	RESULTADO PARCIAL	4.540	100,00%	10.898	240,04%

Para a correta interpretação dos dados, é necessário considerar a forma de organização das metas e dos fluxos assistenciais. Nos exames que possuem linhas específicas para produção eletiva e de urgência, como ultrassonografia e tomografia computadorizada, os pacientes oriundos do Pronto-Socorro são contabilizados exclusivamente na linha de urgência. Nesses casos, a produção eletiva compreende os pacientes previamente agendados e os encaixes de pacientes ambulatoriais.

Nos exames que não possuem uma linha contratual específica para a urgência, como endoscopia digestiva alta e colonoscopia, a produção consolidada pode incluir pacientes eletivos agendados, encaixes ambulatoriais e exames demandados pelo Pronto-Socorro. O mesmo raciocínio deve ser aplicado aos procedimentos apresentados em linha única, cuja produção pode atender simultaneamente pacientes ambulatoriais, do Pronto-Socorro e das unidades de internação. Essas diferenças de fluxo devem ser consideradas na comparação entre vagas ofertadas, agendamentos e produção realizada.

Os exames laboratoriais totalizaram 6.151 procedimentos, correspondendo a 246,04% da meta mensal de 2.500 exames. Em relação a julho, quando foram realizados 5.956 procedimentos, houve acréscimo de 195 exames, equivalente a 3,27%. O elevado volume

está associado à abrangência do serviço, que atende pacientes ambulatoriais, do Pronto-Socorro e das unidades de internação. Além disso, um mesmo paciente pode demandar diversos exames ou repetições durante o acompanhamento clínico, ampliando o quantitativo de procedimentos em relação ao número de usuários atendidos.

As radiografias alcançaram 2.460 procedimentos, equivalentes a 246,00% da meta de 1.000 exames. Embora tenha ocorrido redução de 116 exames em comparação com julho, quando foram registrados 2.576 procedimentos, a produção permaneceu significativamente superior ao quantitativo pactuado. O resultado demonstra utilização intensiva do serviço no apoio ao Pronto-Socorro, à internação e às diferentes especialidades, com destaque para a demanda ortopédica.

Foram realizados 593 eletrocardiogramas, correspondentes a 296,50% da meta mensal de 200 procedimentos. O resultado superou em 41 exames a produção de julho, que havia registrado 552 procedimentos. A elevada execução está relacionada à utilização do exame nos atendimentos clínicos, na avaliação pré-operatória e na assistência aos pacientes do Pronto-Socorro e das unidades de internação. A endoscopia digestiva alta e a colonoscopia totalizaram 153 procedimentos, alcançando 76,50% da meta mensal de 200 exames. Houve discreto crescimento em relação a julho, quando foram realizados 146 procedimentos, mas permaneceu déficit de 47 exames.

Conforme dados do Sistema CORE, foram disponibilizadas 206 vagas e registrados 203 agendamentos, resultando em perda primária de apenas 1,46%, o que demonstra adequado preenchimento da oferta. Entretanto, o absenteísmo alcançou 24,63%, constituindo fator relevante para o não cumprimento da meta.

ESPECIALIDADE	VAGAS OFERTADAS	AGENDA DOS	ATENDI DOS	PERDA PRIMÁRIA	ABSENTEÍ SMO
ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	206	203	128	1,46%	24,63%
TOMOGRAFIA	354	133	253	62,43%	24,81%
ULTRASSONOGRAFIA	140	123	94	12,14%	46,34%

Como a endoscopia e a colonoscopia não possuem linha específica para a urgência, a produção consolidada pode incluir, além dos pacientes eletivos agendados, encaixes de pacientes ambulatoriais e do Pronto-Socorro. Esses encaixes ampliam a utilização do serviço e reduzem parcialmente o impacto das ausências, mas não foram suficientes para assegurar o alcance da meta na competência. Para maior precisão, recomenda-se que a unidade identifique separadamente, na base de produção, os exames decorrentes da agenda eletiva, dos encaixes ambulatoriais e das solicitações do Pronto-Socorro.

Na ultrassonografia eletiva, foram realizados 29 exames de vias urinárias, correspondentes a 48,33% da meta de 60 procedimentos, e 28 exames de abdome e ginecológico, equivalentes a 35,00% da meta de 80 exames. Em conjunto, essas modalidades alcançaram 57 dos 140 exames previstos, representando 40,71% da meta conjunta. O Sistema CORE registrou 140 vagas ofertadas, 123 agendamentos e perda primária de 12,14% para as ultrassonografias ambulatoriais. O absenteísmo atingiu 46,34%, configurando a maior taxa entre os serviços eletivos avaliados e contribuindo diretamente para a baixa execução. Eventuais diferenças entre o número de pacientes constantes da agenda inicial e o total de atendimentos ambulatoriais decorrem de encaixes de pacientes ambulatoriais.

Separadamente, foram realizadas 423 ultrassonografias de urgência, correspondendo a 1.057,50% da meta mensal de 40 exames. Essa linha contempla exclusivamente os exames realizados para pacientes oriundos do Pronto-Socorro. O resultado evidencia demanda expressiva da urgência pelo serviço de ultrassonografia e acentuada diferença entre a produção urgente e a execução das modalidades eletivas. A produção da linha de urgência não deve ser utilizada para compensar o baixo cumprimento das metas eletivas, pois os exames possuem diferentes fluxos de acesso, indicações clínicas e formas de contabilização. O elevado volume da urgência também não explica diretamente a baixa produção eletiva, que deve ser analisada considerando a disponibilidade das agendas, o preenchimento das vagas e, principalmente, o elevado absenteísmo.

Na tomografia computadorizada eletiva via regulação, foram realizados 239 exames, alcançando 95,60% da meta mensal de 250 procedimentos, com déficit de apenas 11 exames. O resultado demonstra execução próxima ao volume pactuado e melhora relevante em relação aos baixos níveis registrados em competências anteriores. Quanto ao fluxo ambulatorial da tomografia, foram disponibilizadas 354 vagas e registrados 133 agendamentos, resultando em perda primária informada de 62,43%. O absenteísmo foi de 24,81%. A diferença entre os atendimentos registrados e os pacientes constantes da agenda inicial decorre de encaixes de pacientes ambulatoriais, uma vez que os exames solicitados pelo Pronto-Socorro são contabilizados separadamente na linha de urgência.

Embora a tomografia eletiva tenha alcançado 95,60% da meta, a elevada perda primária indica que parcela expressiva das vagas inicialmente ofertadas não foi ocupada pelo fluxo regular de agendamento. O resultado final próximo à meta foi sustentado, em parte, pelos encaixes ambulatoriais. Esse cenário recomenda revisão dos processos de disponibilização, preenchimento e aproveitamento das vagas, bem como da correspondência entre a oferta registrada e a demanda regulada.

Na linha de tomografia de urgência, foram realizados 822 exames, correspondentes a 548,00% da meta mensal de 150 procedimentos. O quantitativo contempla exclusivamente pacientes provenientes do Pronto-Socorro e evidencia elevada demanda por diagnóstico por imagem no atendimento de urgência. Esse resultado deverá ser analisado em conjunto com o volume, o perfil clínico e a resolutividade dos atendimentos realizados no setor.

Não houve realização de Doppler vascular na competência. O resultado de 0,00% não decorre de perda primária, absenteísmo ou insuficiência de demanda, mas da não implantação da linha vascular no HRPP. A unidade ainda não disponibiliza a consulta ambulatorial vascular, o Doppler vascular e as cirurgias vasculares previstos no instrumento contratual. Trata-se, portanto, de indisponibilidade estrutural que compromete toda a linha de cuidado, desde a avaliação especializada e o diagnóstico até o tratamento cirúrgico.

Em síntese, o alcance global de 240,04% foi sustentado predominantemente pelos exames laboratoriais, radiografias, eletrocardiogramas e exames de imagem de urgência. O resultado agregado, contudo, não representa equilíbrio entre as modalidades. Permaneceram abaixo das metas a endoscopia e colonoscopia, as ultrassonografias eletivas e, em menor proporção, a tomografia eletiva, enquanto o Doppler vascular permaneceu indisponível.

4.3. Pronto Socorro

Na competência de agosto de 2026, o Pronto-Socorro contabilizou 5.735 atendimentos para fins de apuração das metas contratuais, frente à meta global de 3.100, alcançando 185,00% do volume pactuado. O resultado demonstra demanda significativamente superior à capacidade quantitativa prevista no instrumento contratual.

AGO26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
PRONTO SOCORRO	CONSULTA PS GERAL	2.500	80,65%	4.972	198,88%
	CONSULTA PS GERAL COM OBS ATÉ 24H	600	19,35%	763	127,17%
	RESULTADO PARCIAL	3.100	100,00%	5.735	185,00%

Do total apurado, 4.972 atendimentos corresponderam a consultas gerais, equivalentes a 198,88% da meta mensal de 2.500 consultas. Outros 763 foram registrados como consultas com observação por até 24 horas, atingindo 127,17% da meta de 600. Os atendimentos com observação representaram aproximadamente 13,30% da produção apurada, evidenciando demanda relevante por acompanhamento clínico, administração de medicamentos, realização de exames e definição de conduta antes da alta, internação ou transferência.

O painel operacional registrou 5.737 atendimentos, diferença de apenas dois registros em relação aos 5.735 considerados na apuração contratual. Entretanto, os painéis analíticos de perfil assistencial e desfechos contabilizaram até 5.999 fichas. As diferenças podem decorrer dos critérios de extração, da data de atualização, da quantidade de campos válidos em cada dimensão ou da inclusão de fichas que não geraram atendimento médico concluído. Recomenda-se que a unidade apresente a composição das bases utilizadas, assegurando rastreabilidade e uniformidade das informações.

O painel operacional apresentou a seguinte distribuição da classificação de risco em agosto:

CLASSIFICAÇÃO	QUANTIDADE	PARTICIPAÇÃO
VERDE E AZUL	3.427	59,73%
AMARELO	2.145	37,39%
VERMELHO	165	2,88%
TOTAL	5.737	100,00%

Os pacientes classificados como verdes e azuis representaram a maioria dos atendimentos. Entretanto, 40,27% dos usuários foram classificados como amarelos ou vermelhos, demonstrando que o elevado volume assistencial coexistiu com parcela expressiva de casos prioritários ou emergenciais. A predominância das classificações verde e azul deve ser interpretada considerando a configuração da rede municipal. Ponta Porã não dispõe de Unidade de Pronto Atendimento — UPA, fazendo com que o Pronto-Socorro do HRPP funcione como principal porta hospitalar de atendimento ininterrupto para demandas agudas do município e da microrregião.

Essa condição contribui para que o serviço absorva casos de diferentes níveis de complexidade, inclusive demandas que, em redes com unidades intermediárias de pronto atendimento, poderiam ser direcionadas a outros pontos assistenciais. Portanto, a presença expressiva de casos verdes e azuis não deve ser atribuída exclusivamente à procura inadequada dos usuários, devendo ser analisada também à luz do acesso à Atenção Primária, dos horários de funcionamento dos serviços municipais e da capacidade de resposta da rede local.

O tempo médio de espera informado foi de 49 minutos para pacientes classificados como verdes, 1 hora e 14 minutos para os azuis, 20 minutos para os amarelos e atendimento imediato para os vermelhos. Os resultados demonstram priorização dos casos de maior gravidade. Ainda assim, recomenda-se acompanhar os tempos de espera das classificações azul e verde, especialmente nos períodos de maior procura, verificando a aderência aos protocolos institucionais e a disponibilidade das equipes.

O painel epidemiológico registrou 5.878 atendimentos com diagnóstico informado e 5.883 registros com faixa etária identificada. Os quantitativos diferem do total utilizado na apuração contratual e das 5.999 fichas constantes no painel de desfechos, indicando que as dimensões analisadas possuem diferentes níveis de completude ou critérios de extração.

Os diagnósticos mais frequentes foram:

CID	Diagnóstico	Quantidade	Participação nos 5.878 registros
A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	251	4,27%
R11	Náuseas e vômitos	169	2,88%
R10.2	Dor pélvica e perineal	150	2,55%
J11.1	Influenza com outras manifestações respiratórias, devida a vírus não identificado	133	2,26%
Z53.2	Procedimento não realizado por decisão do paciente ou por outras razões não especificadas	113	1,92%
J03.9	Amigdalite aguda não especificada	106	1,80%
F41.1	Ansiedade generalizada	105	1,79%
J00	Nasofaringite aguda	105	1,79%
J06.9	Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	104	1,77%
N39.0	Infecção do trato urinário de localização não especificada	100	1,70%
R50.9	Febre não especificada	93	1,58%
M54.5	Dor lombar baixa	92	1,57%
I10	Hipertensão essencial primária	91	1,55%

A diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível constituiu o diagnóstico individual mais frequente, com 251 registros. Somada aos 169 casos de náuseas e vômitos, evidencia participação relevante das condições gastrointestinais e dos sintomas associados na demanda do serviço. Também se destacou a ocorrência de condições respiratórias, representadas por influenza, amigdalite aguda, nasofaringite, infecção aguda das vias aéreas superiores e febre não especificada. Esses registros indicam circulação expressiva de síndromes respiratórias e reforçam a necessidade de acompanhamento epidemiológico, especialmente diante das variações sazonais.

A dor pélvica e perineal apresentou 150 registros e ocupou a terceira posição entre os diagnósticos mais frequentes, devendo ser analisado conjuntamente com as demandas ginecológicas e geniturinárias, incluindo os 100 registros de infecção do trato urinário, para identificação das faixas etárias, condutas e desfechos assistenciais. A ansiedade generalizada, com 105 registros, também figurou entre os diagnósticos mais frequentes, sinalizando demanda relacionada à saúde mental. Recomenda-se acompanhar a recorrência desses usuários, as condutas adotadas e a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do cuidado após o atendimento hospitalar.

Merecem atenção os 113 registros classificados no CID Z53.2, relativo a procedimento não realizado por decisão do paciente ou por outras razões não especificadas. A unidade deverá qualificar esses registros, diferenciando recusas, desistências, evasões e outras situações de interrupção do cuidado, bem como avaliar possível relação com tempo de espera, comunicação, condições clínicas ou dificuldades pessoais. Os cinco diagnósticos destacados no gráfico — A09, R11, R10.2, J11.1 e Z53.2 — somaram 816 registros, equivalentes a 13,88% dos 5.878 diagnósticos apresentados. Os percentuais exibidos no gráfico representam a distribuição interna desses cinco diagnósticos e não sua participação sobre a totalidade dos atendimentos.

A distribuição etária demonstrou atendimento a todos os ciclos de vida:

Faixa etária	Quantidade	Participação
0 a 4 anos	685	11,64%
5 a 9 anos	409	6,95%
10 a 14 anos	284	4,83%
15 a 19 anos	408	6,94%
20 a 24 anos	688	11,69%
25 a 29 anos	562	9,55%
30 a 34 anos	477	8,11%
35 a 39 anos	374	6,36%
40 a 44 anos	374	6,36%
45 a 49 anos	239	4,06%
50 a 54 anos	254	4,32%
54 a 60 anos	260	4,42%
60 anos ou mais	869	14,77%
Total	5.883	100,00%

Os usuários com 60 anos ou mais constituíram a faixa etária individual mais frequente, com 869 atendimentos, correspondentes a 14,77%. Esse resultado merece acompanhamento diante da maior frequência de doenças crônicas, multimorbidades, fragilidade e risco de internação entre pessoas idosas. A população de zero a 19 anos totalizou 1.786 atendimentos, representando 30,36% dos registros. Dentro desse grupo, destacaram-se as crianças de zero a quatro anos, com 685 atendimentos. A participação pediátrica deve ser analisada em conjunto com a ocorrência de condições respiratórias, febre e manifestações gastrointestinais.

As faixas de 20 a 39 anos somaram 2.101 atendimentos, correspondentes a 35,71% do total, com destaque para os usuários de 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos. A concentração entre adultos jovens pode estar relacionada às condições gastrointestinais, sintomas respiratórios, dor pélvica, infecções geniturinárias, condições dolorosas e manifestações relacionadas à saúde mental. As faixas entre 40 e 59 anos totalizaram 1.127 atendimentos, equivalentes a 19,15%. Nesse grupo, torna-se especialmente relevante acompanhar as

agudizações de condições crônicas, como hipertensão arterial, além das queixas musculoesqueléticas, incluindo dor lombar. Observa-se que o painel utiliza as categorias “50 a 54 anos” e “54 a 60 anos”, gerando sobreposição no limite de 54 anos. Recomenda-se padronizar as faixas como intervalos mutuamente exclusivos, a exemplo de “50 a 54 anos”, “55 a 59 anos” e “60 anos ou mais”.

Quanto aos desfechos dos atendimentos, o painel de encaminhamentos e saídas registrou 5.999 fichas, distribuídas da seguinte forma:

ÚLTIMA MOVIMENTAÇÃO	QUANTIDADE	PARTICIPAÇÃO
Alta	4.949	82,50%
Internação	735	12,25%
Não respondeu	229	3,82%
Transferência externa	40	0,67%
Sem atendimento médico	28	0,47%
Reavaliação	9	0,15%
Óbito	7	0,12%
Encaminhamento para especialidade	2	0,03%
TOTAL	5.999	100,00%

A alta foi o principal desfecho, com 4.949 registros, correspondentes a 82,50% das fichas. Foram contabilizadas 735 internações, equivalentes a 12,25%, demonstrando que parcela relevante dos atendimentos necessitou de continuidade do cuidado em ambiente hospitalar. A soma das altas e internações correspondeu a 94,75% das fichas, indicando que a maior parte dos atendimentos apresentou encaminhamento assistencial definido na própria unidade. Foram registradas 40 transferências externas, equivalentes a 0,67%, relacionadas à necessidade de especialidades e níveis de complexidade não disponíveis no HRPP. Esses casos devem ser acompanhados quanto ao motivo, destino, tempo de espera e condições clínicas no momento da transferência.

A categoria “não respondeu” reuniu 229 fichas, equivalentes a 3,82%. O significado operacional dessa classificação deverá ser esclarecido. Caso represente ausência ao chamado, desistência, evasão ou impossibilidade de localizar o paciente, recomenda-se desagregar as ocorrências e analisar possível relação com o tempo de espera, a classificação de risco e a conclusão do atendimento. Também foram registrados 28 casos classificados como “sem atendimento médico”, correspondentes a 0,47%.

Essas ocorrências devem ser analisadas conjuntamente com a categoria “não respondeu”, distinguindo pacientes que desistiram antes da consulta, não atenderam ao chamado, evadiram-se ou tiveram outro encaminhamento antes da avaliação médica. Foram contabilizados sete óbitos, equivalentes a 0,12% das fichas. Esse dado corresponde à última movimentação registrada e não deve ser automaticamente equiparado ao indicador institucional de mortalidade hospitalar. Os casos devem ser analisados individualmente

quanto à procedência, classificação de risco, condições clínicas na admissão, tempo de permanência e medidas assistenciais adotadas.

No âmbito da regulação, o HRPP recebeu 292 vagas pelo CORE em agosto. Foram registradas 15 negativas pela macrorregião e 45 admissões por Vaga Zero, das quais 37 resultaram em internação hospitalar. As admissões por Vaga Zero representaram 15,41% das vagas recebidas. A taxa de casos que evoluíram para internação alcançou 82,22%, superior aos 71,93% registrados em julho. Embora o número de Vagas Zero tenha diminuído de 57 para 45, a maior proporção de internações indica que os pacientes admitidos por esse mecanismo apresentaram efetiva necessidade de continuidade do cuidado hospitalar.

A elevada taxa de internação reforça o impacto das admissões compulsórias sobre os leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva. Como o recebimento ocorre em caráter emergencial, nem sempre existe disponibilidade imediata de leito compatível com a necessidade do paciente, o que pode ampliar a permanência no Pronto-Socorro e pressionar a capacidade de observação.

Foram recebidos, ainda, 16 casos fora do perfil assistencial da unidade:

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE
Cardiologia	6
Ortopedia de alta complexidade	4
Neurologia	3
Cirurgia Vascular	2
Cirurgia Plástica	1
TOTAL	16

Essas ocorrências envolvem especialidades ou níveis de complexidade não integralmente disponíveis no HRPP e podem demandar estabilização, permanência prolongada, recursos diagnósticos, articulação regulatória e posterior transferência para unidade de referência. Destacam-se os casos de Cirurgia Vascular, considerando que a linha vascular ainda não está implantada no hospital, além das demandas de Cardiologia, Neurologia e Ortopedia de alta complexidade, que podem ultrapassar a capacidade resolutiva local. Os pacientes recebidos fora do perfil devem ser acompanhados quanto aos recursos empregados, tempo de permanência, desfecho e necessidade de transferência.

4.4. Cirurgias de Urgência

Na competência de agosto de 2026, o HRPP realizou 198 cirurgias de urgência e emergência, frente à meta mensal de 156 procedimentos, alcançando 126,92% do volume pactuado. O resultado representa produção excedente de 42 cirurgias e demonstra elevada demanda cirúrgica não programada, coerente com a pressão assistencial observada no Pronto-Socorro.

AGO26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
CIRURGIAS DE URGÊNCIA	ORTOPEDIA	80	51,28%	115	143,75%
	CIRURGIA GERAL	20	12,82%	28	140,00%
	CPRE	11	7,05%	14	127,27%
	CIRURGIA GINECOLÓGICA	20	12,82%	18	90,00%
	CIRURGIA UROLOGIA	20	12,82%	14	70,00%
	OUTRAS CIRURGIAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	5	3,21%	9	180,00%
	RESULTADO PARCIAL	156	100,00%	198	126,92%

A Ortopedia concentrou 115 procedimentos, correspondendo a 58,08% de todas as cirurgias de urgência realizadas no mês. A produção atingiu 143,75% da meta, com excedente de 35 procedimentos. Em julho haviam sido registradas 114 cirurgias ortopédicas de urgência, demonstrando estabilidade em patamar elevado e manutenção da pressão dessa especialidade sobre o centro cirúrgico, os exames de imagem, os leitos de internação e o acompanhamento pós-operatório.

O predomínio da Ortopedia é compatível com o papel regional do HRPP no atendimento aos traumas e às lesões decorrentes de causas externas. Contudo, recomenda-se acompanhar o perfil dos procedimentos, a procedência dos pacientes, o mecanismo do trauma, a complexidade cirúrgica, a necessidade de implantes e o tempo de permanência hospitalar. Também devem ser identificados os casos de alta complexidade que ultrapassem o perfil resolutivo da unidade e demandem transferência.

A Cirurgia Geral realizou 28 procedimentos, correspondentes a 140,00% da meta e a 14,14% da produção cirúrgica de urgência. Apesar do cumprimento superior ao pactuado, houve redução em relação a julho, quando foram realizadas 37 cirurgias. A produção permanece compatível com a demanda por quadros abdominais agudos, infecções, traumas e outras condições que requerem intervenção imediata. Foram realizadas 14 Colangiopancreatografia retrógradas endoscópicas — CPRE, atingindo 127,27% da meta mensal de 11 procedimentos. Em julho haviam sido realizados 16 procedimentos. Embora tenha ocorrido pequena redução, a produção permaneceu superior à meta, confirmando demanda contínua por abordagem de urgência das condições biliopancreáticas.

A oferta de CPRE representa recurso relevante para a resolutividade hospitalar, podendo evitar agravamentos, cirurgias mais invasivas e transferências para outras unidades. Recomenda-se manter o acompanhamento da disponibilidade de equipe, insumos, equipamentos e suporte anestésico, de forma a assegurar continuidade ao serviço. Na Cirurgia Ginecológica, foram realizados 18 procedimentos, equivalentes a 90,00% da meta, com déficit de duas cirurgias. O resultado ficou próximo ao quantitativo pactuado e deve ser

analisado em conjunto com o perfil das demandas ginecológicas identificadas no Pronto-Socorro, especialmente diante da frequência de registros relacionados à dor pélvica e perineal.

A Cirurgia Urológica contabilizou 14 procedimentos, alcançando 70,00% da meta mensal e apresentando déficit de seis cirurgias. Embora a execução tenha ficado abaixo do previsto, a produção de urgência depende da ocorrência e do perfil clínico dos casos, não sendo integralmente programável. Recomenda-se verificar se houve casos encaminhados ou transferidos, indisponibilidade temporária de equipe, restrição de materiais ou mudança no perfil da demanda. A linha de outras cirurgias de urgência e emergência apresentou nove procedimentos, atingindo 180,00% da meta de cinco cirurgias. Considerando a amplitude dessa categoria, os procedimentos deverão ser discriminados por especialidade, diagnóstico e técnica cirúrgica, permitindo identificar quais demandas não estão contempladas nas linhas específicas e se existe necessidade de revisão da classificação ou das metas contratuais.

4.5. Cirurgias Eletivas

Na competência de agosto de 2026, o HRPP realizou 98 cirurgias eletivas, frente à meta mensal de 140 procedimentos, alcançando 70,00% do volume pactuado. O resultado representa déficit global de 42 cirurgias e demonstra execução heterogênea entre as especialidades.

AGO26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
CIRURGIAS ELETIVAS	CIRURGIA GERAL	30	21,43%	36	120,00%
	CIRURGIA GINECOLÓGICA	30	21,43%	20	66,67%
	CIRURGIA ORTOPÉDICA	20	14,29%	21	105,00%
	CIRURGIA VASCULAR	30	21,43%	0	0,00%
	CIRURGIA UROLOGIA	30	21,43%	21	70,00%
	RESULTADO PARCIAL	140	100,00%	98	70,00%

Em comparação com julho, quando foram realizadas 91 cirurgias eletivas, houve acréscimo de sete procedimentos, equivalente a 7,69%. A melhora foi impulsionada principalmente pela Cirurgia Geral e pela Cirurgia Ginecológica, embora esta última tenha permanecido abaixo da meta. A Cirurgia Geral realizou 36 procedimentos, alcançando 120,00% da meta e superando em seis cirurgias o quantitativo pactuado. Em julho haviam sido realizados 31 procedimentos, indicando crescimento de 16,13%. O resultado demonstra manutenção da capacidade de execução da especialidade e desempenho compatível com o volume expressivo de consultas pré-cirúrgicas, que alcançou 253 atendimentos em agosto.

A Cirurgia Ginecológica registrou 20 procedimentos, correspondentes a 66,67% da meta, com déficit de dez cirurgias. Apesar do não alcance, houve melhora em relação a julho, quando foram realizados 12 procedimentos, representando acréscimo de oito cirurgias ou 66,67%. No ambulatório pré-cirúrgico, a Ginecologia realizou 94 consultas, equivalentes a 52,22% da meta, com perda primária de 24,85% e absenteísmo de 24,19%. A baixa execução ambulatorial pode limitar a formação e a preparação da demanda cirúrgica eletiva, devendo ser analisada em conjunto com o número de pacientes aptos, os exames pré-operatórios, a avaliação de risco cirúrgico e a disponibilidade de agenda operatória.

A Cirurgia Ortopédica apresentou 21 procedimentos, alcançando 105,00% da meta e superando-a em uma cirurgia. Em julho haviam sido realizados 25 procedimentos, verificando-se redução de quatro cirurgias, equivalente a 16,00%. Apesar da diminuição, a especialidade permaneceu acima do volume pactuado. O resultado ortopédico deve ser analisado conjuntamente com as 332 consultas pré-cirúrgicas e as 115 cirurgias ortopédicas de urgência realizadas no mês. A elevada demanda urgente utiliza a mesma estrutura cirúrgica e pode repercutir sobre a disponibilidade de salas, equipes, implantes e leitos para a programação eletiva. Não obstante, eventual impacto deverá ser demonstrado por meio dos registros de cancelamentos, suspensões e remanejamentos.

Para fins exclusivamente analíticos, desconsiderando-se a linha vascular ainda não implantada, as especialidades em funcionamento realizaram 98 cirurgias diante de uma meta conjunta de 110 procedimentos, correspondendo a 89,09%. Esse cálculo não substitui o resultado contratual oficial de 70,00%, mas demonstra a influência estrutural da ausência da Cirurgia Vascular sobre o desempenho global.

Na Cirurgia Urológica, foram realizados 21 procedimentos, equivalentes a 70,00% da meta, com déficit de nove cirurgias. Em julho haviam sido registradas 23 cirurgias, indicando redução de dois procedimentos, ou 8,70%. No ambulatório pré-cirúrgico, a Urologia realizou 104 consultas, correspondentes a 57,78% da meta, após oferta de apenas 120 vagas para uma previsão de 180 atendimentos e absenteísmo de 21,21%. A execução abaixo da meta na Urologia deve ser analisada quanto à formação da fila cirúrgica, disponibilidade de pacientes aptos, pendências de exames, avaliação de risco, disponibilidade de materiais e capacidade de programação do centro cirúrgico. A produção ambulatorial reduzida pode repercutir nos períodos subsequentes, ainda que não seja possível estabelecer conversão direta entre consultas e cirurgias realizadas no mesmo mês.

A comparação simples entre consultas pré-cirúrgicas e cirurgias realizadas sugere diferentes níveis de aproveitamento entre as especialidades. Contudo, esses quantitativos não configuram taxa formal de conversão, pois parte dos pacientes operados em agosto pode

ter sido avaliada em competências anteriores, enquanto pacientes consultados no mês podem permanecer em preparação para cirurgia futura. O cumprimento global de 70,00% foi favorecido pela superprodução da Cirurgia Geral e pelo alcance da meta ortopédica, mas permaneceu limitado pela linha vascular não implantada e pela baixa execução de Ginecologia e Urologia. A produção excedente de uma especialidade não substitui a execução das demais, considerando as diferentes necessidades assistenciais e filas cirúrgicas.

5. Metas de Qualidade e Desempenho

5.1. Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde

Na competência de agosto de 2026, quatro dos nove indicadores de Gestão da Atenção à Saúde alcançaram as metas estabelecidas: Taxa de Ocupação da UTI Adulto, Tempo Médio de Permanência Hospitalar, Taxa de Reinternação em 30 dias e Índice de Giro de Leitos. Permaneceram fora dos parâmetros a Taxa de Mortalidade Institucional, a Taxa de Ocupação Geral, as taxas de Partos Vaginais e de Cesarianas e a Taxa de Suspensão de Cirurgias.

2026	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO %	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26
GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	Taxa de Mortalidade Institucional > 24h	≤ 3,5%	10,00%	2,86%	4,79%	4,47%	4,60%
	Taxa de Ocupação Geral	≥ 85%	3,00%	76,66%	80,85%	80,18%	80,29%
	Taxa de Ocupação UTI Adulto	≥ 80%	3,00%	97,26%	93,33%	94,68%	96,46%
	Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5	3,00%	3,52	3,34	3,71	3,60
	Taxa de Partos Vaginais	≥ 65%	1,50%	48,60%	58,82%	67,80%	52,68%
	Taxa de Cesarianas	≤ 35%	1,50%	51,40%	41,18%	32,20%	47,32%
	Taxa de suspensão de cirurgias	≤ 2%	5,00%	3,44%	4,27%	5,50%	5,11%
	Taxa de reinternação em 30 dias	≤ 2%	5,00%	0,91%	0,11%	0,24%	0,35%
	Índice de Giro de Leitos (vezes)	≥ 5	4,00%	7,47	7,85	7,26	7,24

A Taxa de Mortalidade Institucional após 24 horas alcançou 4,60% em agosto, permanecendo acima da meta máxima de 3,50%. O resultado representa desvio de 1,10 ponto percentual e discreto aumento em relação a julho, quando o indicador havia registrado 4,47%. Após o cumprimento da meta em maio, o indicador permaneceu acima do parâmetro durante três competências consecutivas. Embora tenha ocorrido redução em julho, agosto apresentou nova elevação, indicando persistência do desvio e necessidade de análise estruturada dos óbitos. O resultado deve ser contextualizado com o perfil clínico dos pacientes, as admissões por Vaga Zero, o recebimento de casos fora do perfil da unidade, a elevada ocupação da UTI Adulto e a procedência dos pacientes. Contudo, esses fatores não explicam isoladamente o desempenho, sendo necessária análise individual dos óbitos para identificação de causas evitáveis, oportunidades de melhoria e eventuais fragilidades nos processos assistenciais.

A Taxa de Ocupação Geral atingiu 80,29% em agosto, permanecendo 4,71 pontos percentuais abaixo da meta mínima de 85%. Houve discreta melhora em relação a julho,

quando o resultado foi de 80,18%, mas o indicador permaneceu abaixo do parâmetro pelo quarto mês consecutivo. A manutenção da ocupação próxima de 80%, associada ao elevado volume do Pronto-Socorro e à produção cirúrgica de urgência, indica necessidade de examinar a distribuição dos leitos por perfil assistencial. O resultado global pode ocultar diferenças entre unidades com maior pressão e setores com capacidade ociosa, especialmente quando os leitos disponíveis não correspondem às necessidades clínicas dos pacientes em observação ou aguardando internação.

A UTI Adulto registrou ocupação de 96,46%, superando a meta mínima de 80% e mantendo o elevado nível de utilização observado nas competências anteriores. Apesar do cumprimento contratual, o resultado deve ser acompanhado sob a perspectiva da segurança e da capacidade de resposta. A ocupação próxima do limite máximo reduz a margem para absorção de admissões inesperadas, Vagas Zero, complicações cirúrgicas e pacientes de maior gravidade provenientes do Pronto-Socorro. A diferença entre a ocupação geral de 80,29% e a ocupação da UTI de 96,46% demonstra maior pressão sobre os leitos críticos. Recomenda-se monitorar recusas ou atrasos de admissão, tempo de permanência de pacientes críticos no Pronto-Socorro, transferências por indisponibilidade de leito e permanências na UTI motivadas por dificuldade de transferência para unidades de menor complexidade.

A Taxa de Partos Vaginais atingiu 52,68%, ficando 12,32 pontos percentuais abaixo da meta mínima de 65%. O resultado apresentou redução de 15,12 pontos percentuais em comparação com julho, quando o indicador havia alcançado 67,80% e cumprido a meta. Em sentido inverso, a Taxa de Cesarianas aumentou de 32,20% em julho para 47,32% em agosto, ultrapassando em 22,32 pontos percentuais o limite contratual de 25%.

A Taxa de Suspensão de Cirurgias alcançou 5,11%, permanecendo 3,11 pontos percentuais acima da meta máxima de 2%. Apesar da redução em relação aos 5,50% registrados em julho, o resultado ainda corresponde a mais que o dobro do limite estabelecido. O indicador permaneceu fora da meta durante todo o período analisado: 3,44% em maio, 4,27% em junho, 5,50% em julho e 5,11% em agosto. A redução observada na última competência interrompeu a trajetória de crescimento, mas ainda não demonstra controle adequado das suspensões.

Recomenda-se classificar as suspensões por motivo e responsabilidade, distinguindo:

- Condições clínicas ou ausência do paciente;
- Falhas na preparação pré-operatória;
- Pendências de exames ou avaliação de risco cirúrgico;
- Indisponibilidade de equipe, sala, materiais ou equipamentos;

- Ausência de leito para o pós-operatório;
- Priorização de cirurgias de urgência;
- problemas administrativos ou de programação.

A unidade deverá acompanhar o número de cirurgias programadas, realizadas, suspensas e reagendadas, bem como o intervalo até a nova data. Também deverá avaliar o impacto das cirurgias de urgência sobre a programação eletiva, sem pressupor essa relação quando não houver registro específico do motivo da suspensão.

5.2. Indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Na competência de agosto de 2026, oito indicadores não atingiram as metas pactuadas: adesão à pulseira de identificação, avaliação do risco de quedas, avaliação do risco de lesão por pressão, cesarianas com Classificação de Robson, dupla checagem de medicamentos de alta vigilância, antibioticoprofilaxia cirúrgica, incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas e adesão ao bundle de prevenção relacionado à sonda vesical de demora.

2026	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO %	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26
GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação	100%	4,00%	97,00%	94,00%	98,85%	92,18%
	Taxa de Avaliação do Risco de Quedas	100%	2,00%	98,73%	98,69%	99,80%	99,24%
	Taxa de Avaliação do Risco de LPP	100%	2,00%	99,87%	99,60%	99,68%	99,83%
	Taxa de Cesarianas com Classificação de Robson	100%	2,00%	51,40%	40,80%	31,93%	46,49%
	Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância	100%	2,00%	58,00%	76,00%	68,00%	76,00%
	Taxa de adesão ao protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica	100%	2,00%	91,49%	92,55%	93,57%	93,09%
	Taxa de Adesão ao "Checklist" de Cirurgia Segura	≥ 98%	4,00%	99,14%	98,00%	98,00%	99,15%
	Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas	≤ 3%	4,00%	5,77%	0,00%	0,00%	8,70%
	Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de CVC	100%	4,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de SVD	100%	4,00%	76,00%	100,00%	99,00%	84,00%
	Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de PAVM	100%	4,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Índice de Satisfação do Usuário	≥ 90%	10,00%	94,13%	94,86%	93,58%	94,92%

A Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação alcançou 92,18%, permanecendo 7,82 pontos percentuais abaixo da meta de 100%. O resultado representa redução de 6,67 pontos percentuais em relação a julho, quando o indicador registrou 98,85%, constituindo o menor desempenho do período analisado.

O relatório do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente informa 342 itens conformes entre 371 auditados, correspondendo a 29 não conformidades. Foram identificadas falhas relacionadas à orientação dos pacientes e acompanhantes, acompanhantes não identificados, placas de identificação desatualizadas e indisponibilidade de pulseiras. O núcleo associou parte das ocorrências à rotatividade dos profissionais diretamente envolvidos na assistência.

Embora o relatório considere o resultado superior ao limite interno de segurança de 90%, o parâmetro contratual é de 100%. Portanto, para fins do monitoramento da performance, a meta não foi atingida. Observa-se, ainda, que o relatório denomina o indicador como “identificação correta do paciente” e inclui elementos como pulseiras, placas, orientação e identificação de acompanhantes, enquanto o instrumento contratual se refere especificamente à adesão à pulseira. Recomenda-se alinhar o objeto, o numerador, o denominador e o instrumento de auditoria à ficha técnica contratual, evitando que itens distintos sejam consolidados em um único resultado.

A unidade informou como ações o reforço da Meta 1 nos diálogos diários de segurança, as rondas não programadas e o acompanhamento das notificações pelos coordenadores. Além dessas medidas, recomenda-se assegurar estoque contínuo de pulseiras, verificar a identificação na admissão e nas transferências internas e realizar auditorias por setor, turno e equipe.

A Taxa de Avaliação do Risco de Quedas foi de 99,24%, permanecendo 0,76 ponto percentual abaixo da meta de 100%. Foram registradas 3.022 avaliações para 3.045 pacientes-dia, resultando em 23 avaliações não realizadas ou não registradas. O desempenho permanece próximo da meta, mas a avaliação do risco deve alcançar todos os pacientes elegíveis, especialmente na admissão, nas transferências, após alterações clínicas e sempre que houver mudança nas condições funcionais ou medicamentosas.

O relatório registrou dois eventos de queda, sendo um na Pediatria e outro na UTI Adulto B. Um dos eventos foi relacionado à resistência às orientações e à condição de alta dependência. A ocorrência de eventos, ainda que em baixa frequência, reforça que o preenchimento da escala deve estar acompanhado da implantação efetiva das medidas preventivas compatíveis com o risco identificado. Recomenda-se identificar os setores e turnos correspondentes às 23 avaliações ausentes, realizar busca ativa dos registros não preenchidos e verificar a aplicação das escalas de Morse e Humpty Dumpty. Também deverão ser acompanhadas as medidas preventivas prescritas, a sinalização do risco, a orientação aos pacientes e acompanhantes e a análise individual das quedas ocorridas.

A Taxa de Avaliação do Risco de Lesão por Pressão alcançou 99,83%, permanecendo 0,17 ponto percentual abaixo da meta de 100%. Foram registradas 3.040 avaliações para 3.045 pacientes-dia, indicando ausência de cinco avaliações ou registros. Embora a diferença seja pequena, a avaliação pelas escalas de Braden e Braden Q deve contemplar integralmente os pacientes elegíveis, com reavaliação conforme a evolução clínica e o grau de dependência. O relatório registrou três casos de lesão por pressão: um na UTI Adulto A, um na UTI Adulto B e um na Clínica Médica.

A ocorrência em unidades com pacientes de maior dependência reforça a necessidade de verificar não apenas o preenchimento da escala, mas a implantação das medidas preventivas, incluindo mudança de decúbito, inspeção da pele, manejo da umidade, suporte nutricional e utilização de superfícies adequadas. Há necessidade de correção do relatório, pois o texto informa três casos e incidência de 0,99 por mil pacientes-dia, mas apresenta, entre parênteses, cálculo com dois eventos. Considerando três casos e 3.045 pacientes-dia, a incidência aproximada é de 0,99 por mil. Recomenda-se uniformizar o numerador apresentado.

A Taxa de Cesarianas com Classificação de Robson foi apresentada como 46,49%, permanecendo 53,51 pontos percentuais abaixo da meta de 100%. O resultado aumentou em relação aos 31,93% de julho, mas ainda indicaria que mais da metade das cesarianas não foi classificada. Entretanto, os resultados desse indicador acompanham de forma muito próxima a própria Taxa de Cesarianas: 51,40% e 51,40% em maio; 41,18% e 40,80% em junho; 32,20% e 31,93% em julho; e 47,32% e 46,49% em agosto. Essa proximidade sugere possível utilização de fórmula ou denominador inadequado. A Classificação de Robson deve ser aferida pela proporção de cesarianas com classificação registrada em relação ao total de cesarianas realizadas.

Em agosto foram registradas 53 cesarianas. Assim, a unidade deverá informar quantas dessas 53 receberam classificação válida em um dos dez grupos de Robson. Recomenda-se revisar a memória de cálculo e apurar novamente a série histórica, pois o percentual apresentado pode estar mensurando a participação das cesarianas no total de partos, e não a adesão ao preenchimento da Classificação de Robson.

A Taxa de Dupla Checagem de Medicamentos de Alta Vigilância alcançou 76,00%, ficando 24 pontos percentuais abaixo da meta de 100%. Houve melhora em relação a julho, quando o indicador registrou 68,00%, mas um quarto das administrações avaliadas permaneceu sem comprovação de dupla checagem. A dupla checagem constitui barreira de segurança para medicamentos associados a maior risco de dano grave em caso de erro. Sua ausência pode envolver tanto falha na execução quanto deficiência de registro, situações que comprometem a segurança e a rastreabilidade do processo medicamentoso.

O relatório do NQSP registra a realização de auditorias em prontuários, mas aponta como não realizados os treinamentos sobre medicamentos de alta vigilância e sobre a Meta 3 de segurança na medicação. Também foram descritas, no processo medicamentoso, falhas de checagem, ausência de assinaturas, rasuras, registros incompletos, escrita ilegível e divergências entre a sinalização de não administração e a checagem do medicamento como administrado.

Recomenda-se concluir os treinamentos previstos, definir claramente quais medicamentos exigem dupla checagem, padronizar o local e a forma do registro e realizar auditoria nominal com devolutiva às equipes. A memória de cálculo deverá apresentar o número de administrações elegíveis, aquelas com dupla checagem comprovada e a distribuição das não conformidades por setor e turno.

A Taxa de Adesão ao Protocolo de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica foi de 93,09%, permanecendo 6,91 pontos percentuais abaixo da meta de 100%. O resultado apresentou redução em relação aos 93,57% registrados em julho. Segundo o relatório do NQSP, das 352 cirurgias realizadas, 275 foram consideradas elegíveis para antibioticoprofilaxia. Destas, 256 receberam o antimicrobiano, originando o resultado de 93,09%. Entretanto, apenas 87 pacientes receberam o antibiótico no intervalo de 30 a 60 minutos antes da cirurgia, correspondendo a 31,63% dos casos elegíveis.

Essa diferença é relevante, pois a simples administração do medicamento não representa necessariamente adesão integral ao protocolo. A conformidade deve considerar, conforme a ficha técnica, a indicação, o antimicrobiano selecionado, a dose, a via, o momento oportuno de administração, o re-doseamento quando aplicável e a duração recomendada. O próprio relatório reconhece a administração fora do período adequado e informa plano de ação envolvendo o SCIH, o NQSP, a coordenação do Centro Cirúrgico e a Gerência Assistencial, com início da infusão nas unidades de internação e expansão progressiva para as especialidades.

Recomenda-se revisar a metodologia do indicador para esclarecer se os 93,09% medem apenas o recebimento do antimicrobiano ou a adesão completa ao protocolo. Caso o tempo de administração integre o critério contratual, o resultado necessita ser re-apurado, pois a conformidade temporal informada foi de apenas 31,63%.

A Incidência de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas alcançou 8,70%, ultrapassando em 5,70 pontos percentuais a meta máxima de 3%. Após resultados de 0,00% em junho e julho, agosto apresentou elevação expressiva. O relatório da CCIH registra quatro infecções entre 46 cirurgias limpas, resultando em 8,70%. Também apresenta quatro infecções entre 53 cesarianas, correspondendo a 7,55%. A ocorrência exige análise individual dos casos para verificar a relação entre as infecções registradas, os procedimentos realizados e a classificação do potencial de contaminação.

Foi identificada divergência interna no relatório: o gráfico apresenta quatro infecções em cirurgias limpas, enquanto o quadro de monitoramento por especialidade registra zero infecção em Cirurgia Geral, cesarianas, Ortopedia e Cirurgia Ginecológica. Essa

inconsistência deverá ser corrigida pela CCIH, com apresentação nominal dos casos e definição do numerador e denominador utilizados.

A análise deverá considerar tipo de cirurgia, classificação da ferida, caráter eletivo ou urgente, duração do procedimento, antibioticoprofilaxia, condições clínicas do paciente, microrganismo identificado, momento do diagnóstico e adesão às medidas preventivas. A baixa conformidade temporal da antibioticoprofilaxia constitui fator que merece avaliação conjunta, embora não seja possível estabelecer causalidade sem investigação individual.

A Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção relacionado à Sonda Vesical de Demora foi de 84,00%, permanecendo 16 pontos percentuais abaixo da meta de 100%. O resultado representa redução de 15 pontos percentuais em relação a julho, quando o indicador havia alcançado 99,00%. Os dados da CCIH demonstram variação relevante entre os setores. A adesão foi de 96% na UTI Adulto A, 97% na UTI Adulto B, 79% na Clínica Médica Pós 1, 100% na Clínica Médica Pós 2, 100% na Clínica Médica Pré, 3% no Pronto-Socorro e 100% na Maternidade. O desempenho extremamente baixo do Pronto-Socorro foi o principal fator de redução do resultado institucional e demanda verificação imediata.

A unidade deverá confirmar se o percentual de 3% representa baixa aplicação das medidas do bundle ou falha na coleta e no registro. Em ambas as situações, existe fragilidade relevante, especialmente porque o Pronto-Socorro recebe pacientes graves, permanece com usuários em observação e pode iniciar dispositivos que serão mantidos durante a internação. O relatório da CCIH também registrou uma infecção do trato urinário associada à SVD na UTI Adulto A, com densidade de incidência de 8,77 por mil sondas-dia. Embora o evento não possa ser atribuído isoladamente à adesão institucional de 84%, reforça a necessidade de manter rigor na indicação, inserção, manutenção, manipulação do sistema fechado, posicionamento da bolsa coletora e retirada precoce do dispositivo.

Recomenda-se realizar intervenção prioritária no Pronto-Socorro, revisar a confiabilidade da coleta, capacitar as equipes e auditar diariamente a indicação e a manutenção da SVD. Também deverão ser definidos responsáveis e prazos para recuperação do indicador, com acompanhamento por setor e devolutiva mensal à gestão.

5.3. Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária

Até a data limite para recebimento das informações pertinentes ao processo de monitoramento da performance hospitalar, não foram disponibilizados os resultados desta dimensão para apreciação da UMPH.

5.4. Indicadores de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Na competência de agosto de 2026, o Índice de Rotatividade dos Colaboradores CLT foi regularmente apurado. Entretanto, permaneceram indisponíveis os resultados do Índice de Satisfação dos Colaboradores e do Índice de Treinamento por Grupo de Colaboradores segundo as metodologias contratuais. Para o treinamento, o HRPP apresentou o número absoluto de colaboradores treinados, sem apurar a cobertura percentual sobre o público elegível.

2026	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO %	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26
GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Índice de Rotatividade dos Colaboradores CLT	≤ 4%	3,00%	1,50%	2,11%	1,36%	3,35%
	Índice de Satisfação dos Colaboradores CLT	≥ 85%	3,00%	N/A	N/A	N/A	N/A
	Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Enfermagem	≥ 95%	4,00%	N/A	N/A	N/A	N/A

O Índice de Rotatividade dos Colaboradores CLT foi de 3,35%, mantendo-se dentro da meta máxima de 4%. Apesar do cumprimento, houve aumento em relação aos 1,36% registrados em julho. O resultado de agosto corresponde ao maior índice do período analisado, embora ainda inferior ao limite contratual. Recomenda-se acompanhar a evolução nas próximas competências e analisar os desligamentos por categoria profissional, setor, motivo e tempo de vínculo, especialmente em áreas assistenciais com maior dificuldade de reposição.

O Índice de Satisfação dos Colaboradores permaneceu sem apuração em agosto, não sendo possível avaliar o cumprimento da meta mínima de 85%. A ausência de resultado foi mantida durante todo o período de maio a agosto. O Instituto Social Mais Saúde informou a contratação recente de empresa terceirizada para iniciar a implantação do processo de avaliação de desempenho dos colaboradores. A iniciativa representa avanço na estruturação da gestão de pessoas e poderá apoiar o desenvolvimento profissional, a identificação de necessidades de capacitação e o acompanhamento das competências individuais.

Entretanto, a avaliação de desempenho não substitui a pesquisa de satisfação ou de clima organizacional, pois possui finalidade e metodologia distintas. Para apuração do indicador contratual, será necessário implantar instrumento específico, com definição do público elegível, periodicidade, dimensões avaliadas, forma de aplicação, garantia de confidencialidade e metodologia de cálculo. A adequação integral dessa exigência será tratada com a efetivação do novo modelo de gestão, após a conclusão do processo de chamamento. Durante o período de transição, recomenda-se acompanhar a implantação da

avaliação de desempenho e preparar os instrumentos, fluxos e bases necessários à futura mensuração da satisfação dos colaboradores.

O contrato estabelece meta mínima de 95% para o Índice de Treinamento do grupo de Enfermagem. Contudo, o HRPP ainda não apura o indicador em formato percentual, considerando o número de colaboradores elegíveis e aqueles efetivamente capacitados. A unidade monitora, atualmente, o número absoluto de colaboradores treinados, sem demonstrar a cobertura individual em relação ao quadro ativo.

Em agosto, foram apresentados os seguintes quantitativos:

GRUPO ACOMPANHADO	COLABORADORES TREINADOS EM AGOSTO
Enfermagem	317
Médicos	143
Equipe multiprofissional	27
CONSOLIDADO GERAL	646

O consolidado geral é superior à soma dos três grupos apresentados porque inclui outras categorias profissionais não discriminadas nos relatórios específicos. Recomenda-se que as categorias adicionais sejam identificadas, permitindo rastreabilidade entre o resultado consolidado e os demonstrativos por grupo. Os dados evidenciam a realização de atividades educativas e o alcance de diferentes categorias profissionais. Entretanto, o número absoluto de participantes não permite afirmar o cumprimento da meta de 95%, pois não foi informado o total de colaboradores elegíveis nem demonstrada a quantidade de profissionais únicos treinados. Também é necessário verificar se um mesmo colaborador foi contabilizado mais de uma vez ao participar de diferentes atividades. Nesse caso, o quantitativo representaria participações em treinamentos, e não necessariamente o número de profissionais distintos alcançados.

A base deverá permitir a identificação nominal do colaborador, categoria profissional, setor, treinamento previsto, data, carga horária, presença e conclusão. Também deverá diferenciar treinamentos obrigatórios, integração de novos colaboradores, capacitações institucionais e ações específicas de atualização técnica. A exigência contratual será adequada de forma integral com a implantação do novo modelo de gestão decorrente do processo de chamamento. Enquanto isso, mantém-se o acompanhamento dos quantitativos apresentados e a preparação da unidade para a adoção da metodologia percentual.

Em síntese, o HRPP demonstrou a realização de treinamentos por meio dos quantitativos absolutos, com 646 registros no consolidado geral, incluindo 317 da Enfermagem, 143 médicos e 27 profissionais da equipe multiprofissional. Esses dados serão mantidos no monitoramento como medida de alcance das ações educativas, sem equivalência automática com o índice contratual de treinamento.

6. Desempenho Assistencial e Operacional da Unidade

Na competência de agosto de 2026, o HRPP manteve elevada produção assistencial, especialmente no Pronto-Socorro, nos serviços de apoio diagnóstico e nas cirurgias de urgência. O desempenho global, contudo, permaneceu heterogêneo entre as linhas, com concentração da produção em determinados serviços e baixa execução ou indisponibilidade em outros. A unidade demonstrou capacidade de resposta à demanda hospitalar e regional, mas os resultados também evidenciaram pressão sobre a urgência, a UTI Adulto, o centro cirúrgico e os serviços diagnósticos. Permanecem desafios relacionados à distribuição da oferta ambulatorial, à produção eletiva, à implantação da linha vascular, à segurança assistencial, à consistência das bases de informação e à mensuração dos indicadores de gestão do trabalho.

O Ambulatório Pré-Cirúrgico realizou 911 consultas, alcançando 82,82% da meta. O resultado foi sustentado pela Cirurgia Geral, com 140,56%, e pela Ortopedia, com 184,44%. Em contrapartida, Ginecologia, Urologia e Cardiologia/Risco Cirúrgico apresentaram execução inferior ao pactuado, enquanto a consulta vascular permaneceu indisponível. A análise das agendas demonstrou influência simultânea da oferta insuficiente, da perda primária e do absenteísmo. Nas especialidades em funcionamento, 1.124 pacientes foram agendados e 213 não compareceram, correspondendo a absenteísmo agregado de 18,95%. Destacaram-se as taxas de Ginecologia, Urologia e Ortopedia, além da oferta abaixo da meta em Cardiologia/Risco Cirúrgico, Ginecologia e Urologia.

O SADT realizou 10.898 exames, atingindo 240,04% da meta global. O resultado foi impulsionado por exames laboratoriais, radiografias, eletrocardiogramas, ultrassonografias de urgência e tomografias de urgência. A tomografia eletiva alcançou 95,60%, aproximando-se da meta e demonstrando melhora do serviço. Apesar da elevada produção global, a endoscopia e colonoscopia e as ultrassonografias eletivas permaneceram abaixo das metas. A análise das agendas também identificou absenteísmo elevado e perda primária, além da necessidade de distinguir os exames previamente agendados, os encaixes ambulatoriais e, quando não houver linha específica, os encaixes oriundos do Pronto-Socorro.

O Pronto-Socorro realizou 5.735 atendimentos para fins de apuração contratual, correspondendo a 185,00% da meta. Do total, 763 atendimentos demandaram observação por até 24 horas. A elevada demanda deve ser interpretada considerando que Ponta Porã não dispõe de UPA e que o HRPP funciona como principal porta hospitalar de atendimento ininterrupto do município e da microrregião. Os casos verdes e azuis representaram 59,73% dos atendimentos, enquanto 40,27% foram classificados como amarelos ou vermelhos. Essa

distribuição demonstra que o serviço absorve simultaneamente demandas de menor complexidade e casos que necessitam de atendimento prioritário ou imediato.

Quanto aos desfechos, 82,50% das fichas resultaram em alta e 12,25% em internação. Foram registradas 40 transferências externas, sete óbitos e 257 fichas classificadas como “não respondeu” ou “sem atendimento médico”, situações que demandam qualificação do registro e análise das causas. O perfil epidemiológico apresentou predominância de condições gastrointestinais e respiratórias, além de demandas ginecológicas, geniturinárias, de saúde mental, musculoesqueléticas e relacionadas às doenças crônicas. Houve atendimento expressivo de crianças, adultos jovens e pessoas idosas, confirmando a diversidade assistencial absorvida pelo serviço.

No âmbito da regulação, foram recebidas 45 admissões por Vaga Zero, das quais 37 geraram internação, resultando em taxa de 82,22%. Também foram registrados 16 casos fora do perfil assistencial, principalmente nas áreas de Cardiologia, Ortopedia de alta complexidade, Neurologia e Cirurgia Vascular. Esses fluxos ampliam a pressão sobre a observação, a internação, a UTI e os processos de transferência. As cirurgias de urgência totalizaram 198 procedimentos, alcançando 126,92% da meta. A Ortopedia concentrou 58,08% da produção e manteve desempenho elevado. Cirurgia Geral, CPRE e outras cirurgias de urgência também superaram as metas, enquanto Ginecologia e Urologia ficaram abaixo dos quantitativos previstos.

Nas cirurgias eletivas, foram realizados 98 procedimentos, correspondentes a 70,00% da meta. Cirurgia Geral e Ortopedia alcançaram ou superaram o pactuado, enquanto Ginecologia e Urologia apresentaram baixa execução. A linha vascular permaneceu sem produção por não estar implantada. A ausência dessa especialidade respondeu por 30 das 42 cirurgias não realizadas, correspondendo a 71,43% do déficit global.

Na Gestão da Atenção à Saúde, permaneceram fora das metas a mortalidade institucional após 24 horas, a ocupação geral, os partos vaginais, as cesarianas e a suspensão de cirurgias. A mortalidade institucional alcançou 4,60%, permanecendo acima da meta pelo terceiro mês consecutivo. A ocupação geral foi de 80,29%, abaixo da meta de 85%, enquanto a UTI Adulto operou com elevada utilização, alcançando 96,46%. A combinação desses resultados demonstra distribuição desigual da pressão assistencial entre os diferentes tipos de leito.

A proporção de partos vaginais caiu para 52,68%, enquanto as cesarianas aumentaram para 47,32%. A suspensão de cirurgias atingiu 5,11%, permanecendo acima do limite contratual durante todo o período analisado. Na Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, os principais desvios envolveram identificação correta, avaliação dos riscos de

quedas e lesão por pressão, Classificação de Robson, dupla checagem de medicamentos de alta vigilância, antibioticoprofilaxia, infecção de sítio cirúrgico e adesão ao bundle de SVD.

A incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas alcançou 8,70%, exigindo investigação individual dos casos e conciliação das informações apresentadas pela CCIH. Também merece atenção a adesão de 84% ao bundle de SVD, com resultado especialmente baixo no Pronto-Socorro. Foram identificadas fragilidades metodológicas em alguns indicadores. O percentual apresentado para Classificação de Robson parece reproduzir a taxa de cesarianas, e não a proporção de cesarianas efetivamente classificadas. Na antibioticoprofilaxia, embora 93,09% dos pacientes elegíveis tenham recebido o antimicrobiano, somente 31,63% o receberam no intervalo informado de 30 a 60 minutos antes da cirurgia. Esses resultados exigem revisão das memórias de cálculo.

Na Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, a rotatividade permaneceu dentro do limite contratual, com 3,35%, embora tenha aumentado em relação a julho. O índice de satisfação dos colaboradores não foi apurado. O HRPP também não calcula o índice percentual de treinamento previsto no contrato, mas apresentou quantitativos absolutos, com 646 registros de colaboradores treinados em agosto. O ISMS contratou empresa terceirizada para iniciar a implantação da avaliação de desempenho dos colaboradores. A iniciativa poderá fortalecer a gestão de pessoas, mas não substitui a necessidade de instrumento específico para avaliação da satisfação. A adequação integral desses indicadores deverá ser estruturada na preparação da unidade para o novo modelo de gestão após o processo de chamamento.

Pontos fortes:

- Elevada capacidade de resposta do Pronto-Socorro diante da inexistência de UPA no município;
- Predominância de altas como desfecho dos atendimentos, indicando resolutividade relevante;
- Resposta assistencial às admissões por Vaga Zero e aos casos fora do perfil;
- Produção elevada dos serviços laboratoriais, radiológicos e cardiológicos;
- Melhora da tomografia eletiva, que alcançou 95,60% da meta;
- Desempenho elevado das cirurgias de urgência, especialmente em Ortopedia, Cirurgia Geral e CPRE;
- Cumprimento das metas eletivas de Cirurgia Geral e Ortopedia;
- Tempo médio de permanência, reinternação e giro de leitos dentro dos parâmetros;
- Manutenção das metas de cirurgia segura e dos bundles de CVC e PAVM;
- Satisfação dos usuários acima da meta;

- Realização contínua de treinamentos, ainda que sem apuração percentual compatível com a metodologia contratual;
- Existência de ações do NQSP, CCIH, NVE e demais instâncias voltadas ao monitoramento dos riscos assistenciais.

Pontos de melhoria:

- Equilibrar a oferta do Ambulatório Pré-Cirúrgico, especialmente em Ginecologia e Urologia;
- Reduzir perda primária e absenteísmo nas agendas ambulatoriais e de SADT;
- Ampliar a execução das ultrassonografias eletivas, endoscopias e colonoscopias;
- Qualificar o registro dos encaixes e separar os fluxos ambulatoriais, de urgência e internação;
- Acompanhar a pressão do Pronto-Socorro sobre a observação, a internação e os serviços diagnósticos;
- Qualificar os registros de pacientes que não responderam ao chamado, ficaram sem atendimento médico ou tiveram procedimento não realizado;
- Monitorar as admissões por Vaga Zero e os casos recebidos fora do perfil;
- Aumentar a produção eletiva de Ginecologia e Urologia;
- Analisar as causas das suspensões cirúrgicas e assegurar o reagendamento oportuno;
- Avaliar a distribuição dos leitos, diante da ocupação geral abaixo da meta e da elevada ocupação da UTI;
- Fortalecer as boas práticas obstétricas e a análise das cesarianas pela Classificação de Robson;
- Assegurar identificação correta, avaliação integral dos riscos e dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância;
- Aprimorar a oportunidade da antibioticoprofilaxia e investigar as infecções de sítio cirúrgico;
- Recuperar a adesão ao bundle de SVD, com intervenção prioritária no Pronto-Socorro;
- Revisar as fórmulas, denominadores e bases dos indicadores com inconsistências metodológicas e os registros das análises críticas dos indicadores no Interact;
- Conciliar os diferentes sistemas e relatórios utilizados no monitoramento da produção e dos desfechos.

7. Registros de caso e Plano de Trabalho

A comparação entre o Plano de Trabalho da competência anterior e os resultados de agosto demonstra que a maior parte das ações deve ser mantida, uma vez que os respectivos desvios persistiram. Algumas ações precisam ser intensificadas ou reformuladas diante do agravamento dos resultados, enquanto a ação relacionada a sepse, higiene das mãos e infecções em UTI deve ser redirecionada para os riscos mais evidentes na competência: infecção de sítio cirúrgico e baixa adesão ao bundle de SVD.

Nº	Ação proposta	Avaliação	Justificativa técnica
1	Fortalecer as barreiras de segurança relacionadas à identificação do paciente e à dupla checagem de medicamentos de alta vigilância	Não atendida — reformular e intensificar	A dupla checagem melhorou de 68,00% para 76,00%, mas permaneceu 24 pontos percentuais abaixo da meta. A identificação do paciente caiu de 98,85% para 92,18%, com 29 não conformidades entre 371 itens auditados. Devem ser concluídos os treinamentos sobre medicamentos de alta vigilância, assegurado o abastecimento de pulseiras e implantadas auditorias por setor e turno.
2	Concluir a investigação da mortalidade institucional e executar as oportunidades de melhoria identificadas	Não atendida — intensificar	A mortalidade aumentou de 4,47% para 4,60% e permaneceu acima da meta de 3,50% pelo terceiro mês consecutivo. A análise deverá contemplar unidade, diagnóstico, procedência, Vaga Zero, recebimento fora do perfil, passagem pela UTI, tempo entre admissão e óbito e evitabilidade, com execução das ações decorrentes dos Protocolos de Londres.
3	Revisar e padronizar as memórias de cálculo, fontes e critérios de apuração dos indicadores	Não atendida — manter como ação prioritária	Persistiram fragilidades metodológicas na Classificação de Robson e na antibioticoprofilaxia. Também foram identificadas divergências no indicador de infecção de sítio cirúrgico, no número de casos de LPP, no objeto do indicador de identificação e entre as diferentes bases do Pronto-Socorro. A unidade deverá apresentar fórmula, numerador, denominador, fonte, periodicidade e memória de cálculo rastreável.
4	Reestruturar o protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica, priorizando a administração no intervalo preconizado	Parcialmente atendida — fortalecer	A adesão informada foi de 93,09%, mas apenas 87 dos 275 pacientes elegíveis receberam o antimicrobiano entre 30 e 60 minutos antes da cirurgia, correspondendo a 31,63%. Apesar da melhora em relação aos 27,71% de julho, a oportunidade da administração permanece inadequada e deve ser acompanhada separadamente do simples recebimento do medicamento.
5	Qualificar a assistência obstétrica, reduzir cesarianas potencialmente evitáveis e	Não atendida — intensificar	Os partos vaginais diminuíram de 67,80% para 52,68%, enquanto as cesarianas aumentaram de 32,20% para

Nº	Ação proposta	Avaliação	Justificativa técnica
	aplicar corretamente a Classificação de Robson		47,32%. O resultado de 46,49% atribuído à Classificação de Robson indica possível inadequação metodológica, pois acompanha a própria taxa de cesarianas. Todas as cesarianas deverão ser classificadas, com análise dos grupos que mais contribuem para o resultado.
6	Reorganizar os fluxos do Ambulatório Pré-Cirúrgico, do SADT eletivo e da programação cirúrgica, reduzindo perda primária, absenteísmo e interrupções da jornada assistencial	Parcialmente atendida — reformular e manter	O Ambulatório Pré-Cirúrgico melhorou de 75,73% para 82,82% e as cirurgias eletivas passaram de 65,00% para 70,00%, mas permaneceram abaixo das metas. Persistiram baixa produção em Ginecologia e Urologia, absenteísmo de 46,34% na ultrassonografia e perda primária de 62,43% na tomografia. A ação deverá acompanhar a jornada desde a consulta, exames e risco cirúrgico até a realização da cirurgia.
7	Reduzir as suspensões cirúrgicas e fortalecer o preparo pré-operatório e a logística do centro cirúrgico	Não atendida — manter e intensificar	A taxa diminuiu de 5,50% para 5,11%, mas permaneceu acima da meta máxima de 2% pelo quarto mês consecutivo. As suspensões deverão ser classificadas por causa e responsabilidade, com acompanhamento do reagendamento e do impacto das urgências, da indisponibilidade de materiais, equipamentos, hemocomponentes, leitos e avaliação clínica.
8	Implantar a apuração dos indicadores de satisfação dos colaboradores e treinamento por grupo profissional	Não atendida — manter com adequação transitória	A satisfação permaneceu sem apuração. O HRPP apresentou 646 registros de colaboradores treinados, incluindo 317 da Enfermagem, mas sem denominador, identificação de profissionais únicos ou cobertura percentual. A empresa contratada pelo ISMS para avaliação de desempenho representa avanço, mas não substitui a pesquisa de satisfação. A unidade deverá preparar a metodologia para o novo modelo de gestão.
9	Investigar as infecções de sítio cirúrgico e recuperar a adesão ao bundle de manutenção de SVD	Ação reformulada — prioridade imediata	Em agosto, a incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas aumentou para 8,70%, acima da meta de 3%, enquanto a adesão ao bundle de SVD caiu para 84%, com resultado de apenas 3% no Pronto-Socorro. A unidade deverá conciliar os dados da CCIH, investigar individualmente as infecções e intervir prioritariamente nos setores com menor adesão ao bundle.
10	Qualificar o fluxo regulatório, as admissões por Vaga Zero e o atendimento de pacientes fora do perfil assistencial	Nova ação prioritária	O HRPP recebeu 45 pacientes por Vaga Zero, dos quais 37 evoluíram para internação, resultando em taxa de 82,22%. Também foram recebidos 16 casos fora do perfil assistencial,



Nº	Ação proposta	Avaliação	Justificativa técnica
			envolvendo Cardiologia, Neurologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Ortopedia de alta complexidade. Esses fluxos repercutem sobre o Pronto-Socorro, a observação, a internação e a UTI Adulto, cuja ocupação atingiu 96,46%. Deverão ser monitorados procedência, diagnóstico, especialidade requerida, permanência, transferência e desfecho, em articulação com o CORE e as referências regionais.

8. Emendas Parlamentares em Execução

Abaixo, segue tabela com status de execução das emendas parlamentares em execução no HRD:

TIPO	PROPOSTA	PORTARIA	TIPO DE PROCEDIMENTO	Código SIGTAP	Descrição do Procedimento	Qtde/ano	Valor und	Valor anual	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	Taxa de Execução do período
EPF Individual DEP BETO PEREIRA	36000713342202500	Portaria 8.806/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.14.015-1	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	365	R\$ 1.349,70	R\$ 492.640,50	38	35	38	37	39	66	26	53	38,20%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.14.015-1	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	504	R\$ 582,42	R\$ 293.539,68									
EPF Individual DEP BETO PEREIRA	36000713342202500	Portaria 8.806/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.01.003-7	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	116	R\$ 3.536,38	R\$ 410.220,08	16	10	18	16	24	17	5	21	49,42%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.01.003-7	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	141	R\$ 865,91	R\$ 122.093,31									
EPF Individual DEP BETO PEREIRA	36000713342202500	Portaria 8.806/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.10.01.003-9	PARTO NORMAL	494	R\$ 528,66	R\$ 261.158,04	43	100	71	44	100	93	48	84	46,01%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.10.01.003-9	PARTO NORMAL	773	R\$ 443,40	R\$ 342.748,20									
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.01.06.008-8	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA	314	R\$ 44,22	R\$ 13.885,08	63	68	62	59	37	10	0	1	95,54%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.01.06.007-0	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	231	R\$ 40,38	R\$ 9.327,78	19	9	18	9	24	3	2		36,36%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.01.001-0	TRATAMENTO DE DENGUE CLASSICA	213	R\$ 287,76	R\$ 61.292,88	2	3	5	7	3	1	1	3	11,74%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.06.021-2	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA	173	R\$ 699,46	R\$ 121.006,58	13	11	9	15	14	14	5	20	58,38%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.07.012-9	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DAS VIAS BILIARES E PANCREAS	173	R\$ 270,38	R\$ 46.775,74	13	12	11	14	13	0	7		40,46%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.15.005-0	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO URINARIO	169	R\$ 218,68	R\$ 36.956,92	12	16	12	12	11	13	2	10	52,07%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.01.006-1	TRATAMENTO DE DOENCAS INFECCIOSAS INTESTINAIS	143	R\$ 324,90	R\$ 46.460,70	16	7	13	15	5	11	3	9	55,24%

9. Considerações Finais

Na competência de agosto de 2026, o HRPP manteve elevada capacidade de resposta às demandas de urgência, diagnóstico e cirurgias não programadas, reafirmando seu papel estratégico para Ponta Porã e para a microrregião, especialmente diante da inexistência de UPA no município. O desempenho, contudo, permaneceu heterogêneo, com concentração da produção em determinadas linhas, baixa execução de parte da oferta eletiva e indisponibilidade estrutural da linha vascular, cuja implantação dependerá do novo contrato de gestão.

Requerem atenção prioritária a mortalidade institucional, as suspensões cirúrgicas, o aumento das cesarianas, a identificação do paciente, a dupla checagem de medicamentos de alta vigilância, a oportunidade da antibioticoprofilaxia, a incidência de infecção de sítio cirúrgico e a adesão ao bundle de SVD. Também deverão ser aprimorados os fluxos

ambulatoriais e regulatórios, o acompanhamento das admissões por Vaga Zero e dos pacientes recebidos fora do perfil, bem como a consistência metodológica e a rastreabilidade das informações apresentadas.

Nesse contexto, o Plano de Trabalho proposto direciona medidas corretivas e estruturantes compatíveis com a gestão vigente, ao mesmo tempo em que prepara a unidade para a transição ao novo modelo, cabendo à gestão hospitalar apresentar evidências de execução, responsáveis, prazos e resultados nas próximas competências.

Ponta Porã, 16 de setembro de 2026.

Atenciosamente,

UMPH Cone Sul
CAH | SGH | SES-MS