



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 de Dourados Olga Castoldi Parizotto

Dourados - MS

UMPH Cone Sul

COMPETÊNCIA: AGO26

Sumário

1.	Identificação da Unidade	4
2.	Sistemática de Pagamento	4
3.	Regras de Pagamento da Parcela Variável	4
4.	Valoração dos Desvios da Produção por Atividade Assistencial – Pesos Contratuais	4
4.1	Faixas de Pagamento relativas ao cumprimento das Metas de Produção.....	10
4.2	Valoração dos Desvios dos Indicadores de Desempenho e Qualidade por Eixo de Gestão – Pesos Contratuais	11
5.	Metodologia de Monitoramento da Performance da Hospitalar	12
6.	Monitoramento do Cumprimento das Metas de Produção.....	12
6.1	Metas de Produção Assistencial – Ambulatório de Especialidades Médicas	12
6.1.1	Cardiologia Clínica e Risco Cirúrgico	14
6.1.2	Ambulatório de Oftalmologia.....	15
6.1.3	Ambulatório de Urologia.....	17
6.1.4	Ambulatório de Cirurgia Vascular	17
6.1.5	Ambulatório de Cirurgia Bariátrica.....	18
6.1.6	Gastroenterologia e Endocrinologia	18
6.1.7	Consulta Pré-Cirúrgica em Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica.....	19
6.1.8	Consulta Pré-Cirúrgica em Ginecologia.....	19
6.1.9	Consulta Pré-Cirúrgica em Otorrinolaringologia	20
6.1.10	Consulta Pré-Cirúrgica em Ortopedia Adulto e Pediátrica.....	20
6.1.11	Consulta de Egressos da UTI Pediátrica	20
6.1.12	Medidas relacionadas à gestão das agendas	21
6.1.13	Plano de Mitigação de Riscos e Acompanhamento – Ambulatório de Especialidades Médicas	22
6.2	Metas de Produção Assistencial – Ambulatório de Especialidades Não Médicas	23
6.3	Metas de Produção Assistencial - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	23
6.3.1	Diagnóstico em Laboratório Clínico e Radiologia.....	25
6.3.2	Mamografia	25
6.3.3	Densitometria Óssea	26
6.3.4	Diagnóstico por Ultrassonografia.....	26
6.3.5	Diagnóstico por Tomografia	27
6.3.6	Diagnóstico por Ressonância Magnética	27
6.3.7	Endoscopia e Colonoscopia	28
6.3.8	Espirometria	29

6.3.9	Plano de Mitigação de Riscos e Acompanhamento – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	29
6.4	Metas de Produção Assistencial – Cirurgias Eletivas	30
6.4.1	Formação e conversão da demanda cirúrgica	31
6.4.2	Situação da Ginecologia Cirúrgica	33
6.4.3	Condicionantes da produção cirúrgica.....	33
6.4.4	Ações para otimização do fluxo pré-cirúrgico.....	34
6.4.5	Perfil e complexidade dos procedimentos realizados	36
6.4.6	Aplicação da Matriz de Riscos	37
6.4.7	Medidas de mitigação e acompanhamento.....	38
7.	Monitoramento das Metas de Desempenho e Qualidade.....	39
7.1	Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde	39
7.2	Indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	41
7.3	Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária	44
7.4	Indicadores de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	45
8.	Síntese Geral da Performance e Memória de Cálculo.....	47
8.1	Metas de Produção	48
8.2	Indicadores de Qualidade e Desempenho	48
8.3	Resultado Geral da Performance.....	49
9.	Registros de caso e Plano de Trabalho	50
10.	Emendas Parlamentares em Execução	51
11.	Considerações Finais	52

1. Identificação da Unidade

Unidade monitorada:	Hospital Regional de Dourados Olga Castoldi Parizotto (HRDOCP)
Município:	Dourados - MS
Gestão Operacional:	Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR
Natureza da Gestão:	Contrato de Gestão n. 01/2025 – Identificador 27769
Processo Administrativo:	27/012.831/2024
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

A sistemática de pagamento estabelecida no Contrato de Gestão nº 01/2025, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e a Organização Social de Saúde gestora do Hospital Regional de Dourados Olga Castoldi Parizotto (HRD), define que o repasse mensal é composto por duas parcelas: Parcela Fixa (60%) e Parcela Variável (40%), conforme disposto no Anexo VI – Sistemática de Avaliação e Pagamento.

- Parcela Fixa – 60% do valor mensal: Corresponde às despesas estruturantes necessárias ao funcionamento da unidade e é repassada integralmente mediante a comprovação de funcionamento regular dos serviços, sem vinculação ao cumprimento de metas.
- Parcela Variável – 40% do valor mensal: A parcela variável é condicionada exclusivamente ao cumprimento das metas assistenciais, subdivididas em Metas de Produção (30%) e Metas de Desempenho e Qualidade (10%).

3. Regras de Pagamento da Parcela Variável

A partir da competência de julho de 2026, encerra-se o período delimitado pelas fases de implantação do complexo hospitalar, sendo atribuído nesta competência o escopo e regramento integralizado do contrato de gestão.

4. Valoração dos Desvios da Produção por Atividade Assistencial – Pesos Contratuais

A parcela variável da produção é distribuída entre as atividades assistenciais chave, conforme o quadro contratual de ponderação:

VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO	
Atividade Assistencial	% Proporção do Contrato de Gestão
Ambulatório de Especialidades Médicas	5%
Exames de Apoio Diagnóstico	15%
Cirurgias Ortopédicas	20%
Cirurgias Oftalmológicas	10%

Cirurgia Geral e Ginecológica	15%
Cirurgia Urológica	10%
Ambulatório de Especialidades não médicas	5%
Outras Especialidades	10%
Internações Clínicas	10%
TOTAL	100%

A valoração dos desvios observados em relação às metas contratadas deve considerar não apenas o resultado quantitativo alcançado em cada atividade assistencial, mas também a eventual ocorrência de fatos previstos na Matriz de Riscos do Contrato de Gestão, quando devidamente caracterizados e documentalmente demonstrados.

A Matriz de Riscos constitui instrumento de governança contratual, destinado a definir previamente a alocação de responsabilidades entre Contratante e Contratada diante de eventos capazes de interferir na execução das obrigações pactuadas. Sua utilização permite distinguir o simples não alcance de uma meta de situações em que o resultado tenha sido afetado por fato gerador contratualmente reconhecido, preservando a adequada distribuição dos riscos inerentes à operação hospitalar e conferindo maior previsibilidade, transparência e rastreabilidade à avaliação do desempenho.

A própria matriz vigente demonstra essa função ao estabelecer, por exemplo, que as falhas ou omissões na regulação de pacientes constituem risco alocado à Contratante, prevendo que não sejam efetuadas retenções financeiras correspondentes ao não cumprimento das metas quando caracterizado o respectivo evento. Da mesma forma, prevê tratamento específico para metas dependentes de infraestrutura, equipamentos e mobiliários cuja entrega seja de responsabilidade da Contratante.

Nº	Definição de Risco	Alocação de Responsabilidade	Impacto (Alto, Médio, Baixo)	Probabilidade (Provável, Ocasional, Remota, Improvável)	Mitigação (Medidas, Procedimentos para minimizar o risco)
1	Atraso no cumprimento do cronograma, por falta de agilidade nas contratações de pessoal e demais serviços	Contratada	Alto	Provável	A Contratada se compromete a publicar edital de contratação em nível nacional e regional
2	Atraso ou falta de obtenção de licenças, permissões e autorizações	Contratante/Contratada	Médio	Ocasional	A Contratada providenciará de imediato a regularização de todas as licenças e a Contratante se compromete fornecer toda documentação

Nº	Definição de Risco	Alocação de Responsabilidade	Impacto (Alto, Médio, Baixo)	Probabilidade (Provável, Ocasional, Remota, Improvável)	Mitigação (Medidas, Procedimentos para minimizar o risco)
					necessária em tempo hábil
3	Custos excedentes ao custeio estimado do contrato de gestão	Contratada	Alto	Provável	A Contratada providenciará repactuação dos contratos de serviços de terceiros de imediato e revisão das demais despesas
4	Insuficiência de tecnologia adotada, não atendendo às necessidades da Contratante	Contratada	Alto	Remota	A Contratada providenciará de imediato e sem custos à Contratante adequação da tecnologia adotada às necessidades da unidade hospitalar
5	Greve de profissionais por falta de negociação com a categoria	Contratada	Alto	Remota	A Contratada deverá antecipadamente participar das negociações nas datas-bases de cada categoria
6	Caso fortuito ou força maior passíveis de cobertura por seguros	Contratada	Alto	Remota	A Contratada deverá contratar seguro de ampla cobertura, contemplando danos materiais, equipamentos, predial, prevendo também sinistros por catástrofes naturais
7	Risco ambiental relacionado à coleta, tratamento e destinação final de resíduos comuns e hospitalares	Contratada	Médio	Remota	A Contratada deverá atender a RDC 222/2018 ANVISA/MS e manter em funcionamento sua Comissão de Gerenciamento de Resíduos
8	Prejuízo a terceiros, incluindo erro, imperícia, negligência ou falhas na	Contratada	Alto	Ocasional	A Contratada deverá difundir a cultura de segurança do paciente na

Nº	Definição de Risco	Alocação de Responsabilidade	Impacto (Alto, Médio, Baixo)	Probabilidade (Provável, Ocasional, Remota, Improvável)	Mitigação (Medidas, Procedimentos para minimizar o risco)
	prestação de serviços				Unidade Hospitalar, além de adotar novas tecnologias que propiciem assistência segura ao paciente
9	Falta de suprimento para o bom funcionamento da unidade hospitalar, tais como: OPME, medicamentos, materiais hospitalares e demais insumos.	Contratada	Alto	Remota	A Contratada deverá manter uma boa gestão dos estoques e elaborar Plano de Contingência que contemple possíveis ameaças de desabastecimento
10	Desabastecimento da Unidade Hospitalar por fatores extrínsecos que ameaçam o mercado de suprimento para a saúde*	Contratante/Contratada	Alto	Ocasional	A Contratada deverá elaborar Plano de Contingência submetendo à Contratante para anuência e providências
11	Absenteísmo de pacientes impactando na operacionalização do hospital e não cumprimento de metas	Contratada	Médio	Provável	A Contratada deverá adotar medidas que garantam a comunicação em temporalidade necessária para a logística de acesso à Instituição, dos agendamentos
12	Perda financeira decorrente de aplicação no mercado financeiro	Contratada	Alto	Improvável	A Contratada deverá buscar modalidades de investimentos seguras com perfil conservador
13	Greve Geral de caminhoneiros, afetando o abastecimento da unidade hospitalar	Contratante/Contratada	Alto	Ocasional	A Contratada deverá manter uma boa gestão dos estoques e elaborar Plano de Contingência que contemple possíveis

Nº	Definição de Risco	Alocação de Responsabilidade	Impacto (Alto, Médio, Baixo)	Probabilidade (Provável, Ocasional, Remota, Improvável)	Mitigação (Medidas, Procedimentos para minimizar o risco)
					ameaças de desabastecimento e a Contratante subsidiará à Contratada nas negociações necessárias, mitigando os riscos
14	Omissão ou falhas na regulação de pacientes	Contratante	Alto	Provável	A Contratante por meio da Superintendência de Gestão Estratégica - SGE, deverá manter atualizada a fila de regulação do acesso de pacientes, com ações efetivas para atendimento da demanda; não podendo a Contratante efetuar retenções financeiras correspondentes ao não cumprimento das metas
15	Mudança na legislação e regulamentação que impactem nas exigências para o gerenciamento e operacionalização da unidade hospitalar	Contratante	Médio	Remota	A Contratante elaborará Plano de Ação para adequação da Unidade Hospitalar às novas exigências
16	Risco de construção e atraso na entrega de obras, mobiliários e equipamentos	Contratante	Alto	Provável	A Contratante isentará a Contratada do cumprimento das metas dependentes da infraestrutura, equipamentos e mobiliários não entregues, por tempo determinado até a regularização das pendências

Nº	Definição de Risco	Alocação de Responsabilidade	Impacto (Alto, Médio, Baixo)	Probabilidade (Provável, Ocasional, Remota, Improvável)	Mitigação (Medidas, Procedimentos para minimizar o risco)
17	Caso fortuito ou força maior, não seguráveis	Contratante	Alto	Remota	A Contratante elaborará Plano de Ação com o objetivo de sanar os danos causados e subsidiará à Contratada nas ações de recuperação da Unidade Hospitalar

Nesse sentido, a aplicação da Matriz não deve ser compreendida como mecanismo automático de afastamento do resultado apurado ou de transferência genérica de responsabilidades. O resultado efetivamente realizado permanece registrado, enquanto o tratamento do risco incide sobre sua repercussão contratual, mediante comprovação do fato gerador, demonstração do nexo com o desvio identificado, observância da alocação de responsabilidade e análise das medidas de mitigação adotadas pelas partes.

A experiência de monitoramento do HRD ao longo das competências de 2026 também demonstrou que a matriz originalmente pactuada apresenta maior concentração em riscos relacionados à implantação, infraestrutura, tecnologia, regulação e aspectos operacionais, não contemplando de forma suficientemente específica determinados eventos de natureza assistencial e epidemiológica que podem produzir repercussões relevantes sobre os indicadores hospitalares. Diante dessa constatação, foram elaboradas propostas de inclusão de quatro novos riscos, atualmente submetidas à apreciação da SGH:

- Risco 18 – Alteração excepcional do perfil de gravidade assistencial: concentração, em determinada competência, de pacientes graves ou críticos em proporção significativamente superior ao comportamento histórico da Unidade Hospitalar, devidamente demonstrada por critérios clínicos objetivos, com repercussão comprovada sobre indicadores de mortalidade, ocupação, permanência hospitalar ou utilização de recursos críticos;
- Risco 19 – Evento epidemiológico sazonal ou extraordinário, incluindo surtos, epidemias ou emergências em saúde pública que provoquem aumento relevante e não habitual da demanda hospitalar e repercussão sobre a capacidade instalada ou as metas contratadas;

- Risco 20 – Pressão extraordinária sobre a capacidade dos leitos de terapia intensiva, decorrente de demanda assistencial crítica não programável, com indisponibilidade de leitos para novas admissões ou suporte pós-operatório de procedimentos eletivos;
- Risco 21 – Concentração atípica de pacientes clínicos de longa permanência, por condições clínicas ou fatores externos à governabilidade da unidade, com comprometimento dos leitos de enfermaria e repercussão sobre a programação cirúrgica eletiva.

Enquanto não houver aprovação e formal incorporação dessas propostas ao instrumento contratual, os novos riscos possuem caráter propositivo e analítico, não devendo ser aplicados automaticamente à apuração financeira das competências. Sua apresentação no presente Relatório, contudo, permite registrar os eventos identificados durante o acompanhamento contratual e assegurar transparência quanto às necessidades de aperfeiçoamento da matriz.

4.1 Faixas de Pagamento relativas ao cumprimento das Metas de Produção

A valoração financeira da Parcela Variável relativa às Metas de Produção Assistencial segue faixas de pagamento proporcionais ao percentual de cumprimento da meta mensal, conforme metodologia prevista no Contrato de Gestão nº 01/2025. Para cada Atividade Assistencial, aplica-se o seguinte critério:

Acima do volume contratado (superprodução): Quando a produção realizada ultrapassa 100% da meta, aplica-se:

Fórmula: $100\% \times (\% \text{ Peso Proporcional da Atividade Assistencial} \times \text{Valor do repasse estimado mensal referente às metas de produção})$.

Observação: O contrato não prevê pagamento adicional por superprodução; portanto, ainda que a produção exceda 100% da meta, o valor permanece limitado ao teto da faixa integral (100%).

Entre 95% e 100% do volume contratado: Recebe 100% do valor proporcional da atividade.

Fórmula: $100\% \times (\% \text{ Peso Proporcional da Atividade Assistencial} \times \text{Valor do repasse estimado mensal referente às metas de produção})$.

Entre 70% e 94,99% do volume contratado: Recebe 90% do valor proporcional da atividade.

Fórmula: $90\% \times (\% \text{ Peso Proporcional da Atividade Assistencial} \times \text{Valor do repasse estimado mensal referente às metas de produção})$.

Entre 50% e 69,99% do volume contratado: Recebe 70% do valor proporcional da atividade.

Fórmula: $70\% \times (\% \text{ Peso Proporcional da Atividade Assistencial} \times \text{Valor do repasse estimado mensal referente às metas de produção})$.

Menos que 50% do volume contratado: Recebe 50% do valor proporcional da atividade.

Fórmula: $50\% \times (\% \text{ Peso Proporcional da Atividade Assistencial} \times \text{Valor do repasse estimado mensal referente às metas de produção})$.

4.2 Valoração dos Desvios dos Indicadores de Desempenho e Qualidade por Eixo de Gestão – Pesos Contratuais

A Parcela Variável relativa às Metas de Desempenho e Qualidade (10% do contrato) é calculada pelo princípio da conformidade integral: cada indicador possui peso fixo e só gera pagamento se atingir integralmente sua meta individual. Indicadores não atingidos são zerados, sem possibilidade de valoração proporcional. A soma dos pesos atingidos determina o percentual de conformidade qualitativa do mês. Além disso, as Variáveis Condicionantes possuem caráter eliminatório: o descumprimento de qualquer uma delas inviabiliza o pagamento da conformidade qualitativa referente ao mês subsequente.

Variáveis Condicionantes (em processo de revisão):

- Entrega da Prestação de Contas ($\leq$ dia 10); Alimentação do SIPEF ($\leq$ dia 10); Taxa de AIH bloqueada/cancelada $\leq 5\%$; Taxa de recusa CORE = 0%.

Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde	Meta	Peso
Taxa de Mortalidade Institucional >24h	$\leq 3\%$	10,00%
Taxa de Ocupação Geral	$\geq 85\%$	4,00%
Taxa de Ocupação UTI	$\geq 90\%$	4,00%
Tempo Médio de Permanência Hospitalar	≤ 5 dias	4,00%
Taxa de Suspensão de Cirurgias	$\leq 2\%$	5,00%
Taxa de Reinternação em 30 dias	$\leq 2\%$	5,00%
Índice de Giro de Leitos	≥ 5	4,00%

Indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Meta	Peso
Adesão à Pulseira de Identificação	100%	4,00%
Avaliação de Risco de Quedas/LPP	100%	4,00%
Dupla Checagem – Medicamentos de Alta Vigilância	100%	4,00%
Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura	$\geq 98\%$	5,00%
Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas	$\leq 3\%$	5,00%
Bundles de Prevenção – IPCS	100%	4,00%
Bundles de Prevenção – ITU	100%	4,00%
Bundles de Prevenção – PAVM	100%	4,00%
Índice de Satisfação do Usuário	$\geq 90\%$	10,00%

Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária	Meta	Peso
Índice de Liquidez Corrente	≥ 1	2,00%
Índice de Liquidez Seca	≥ 1	2,00%
Índice de Liquidez Imediata	≥ 1	1,50%

Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária	Meta	Peso
Comprometimento da Receita – Curto Prazo	≥ 1	1,50%
Comprometimento da Receita – Longo Prazo	≤ 1	1,50%
SIPEF – Aprovação em 1ª Análise	≤ 50% / 51–75% / ≥ 76%	0% / 0,5% / 1%

Indicador	Meta	Peso
Rotatividade dos Colaboradores CLT	≤ 4%	2,50%
Satisfação dos Colaboradores CLT	≥ 85%	2,50%
Treinamento – Enfermagem	≥ 95%	1,00%
Treinamento – Equipe Multiprofissional	≥ 95%	1,00%
Treinamento – Áreas de Apoio	≥ 95%	1,00%
Treinamento – Médicos	≥ 95%	1,00%
Treinamento – Recepção/Segurança	≥ 95%	1,00%

5. Metodologia de Monitoramento da Performance da Hospitalar

Os dados da produção hospitalar são apurados diariamente, via sistema de gestão MV-Soul, após a liberação das saídas hospitalares no sistema de gestão informatizado da unidade. Também são analisadas planilhas de controles internos, bem como verificadas evidências de registros dos atendimentos realizados com base no mapa cirúrgico, filipetas CORE e ronda hospitalar presencial para conferência do censo de internação. Semanalmente são realizadas reuniões com a Diretoria do hospital para calibração parcial das metas contratuais, cronograma de implantação e alinhamento do andamento das atividades e ações assistenciais em curso.

6. Monitoramento do Cumprimento das Metas de Produção

6.1 Metas de Produção Assistencial – Ambulatório de Especialidades Médicas

A análise do Ambulatório de Especialidades Médicas parte do cenário de disponibilização e ocupação das agendas, uma vez que a produção efetivamente realizada resulta de etapas sucessivas: oferta de primeiras consultas no Sistema CORE, programação interna dos retornos, efetivação dos agendamentos e comparecimento dos pacientes. No HRD, as primeiras consultas são disponibilizadas no Sistema CORE e ocupadas pela Regulação Estadual, conforme as demandas cadastradas. Os retornos, por sua vez, são programados e agendados internamente pelo hospital, de acordo com a indicação assistencial e a necessidade de continuidade do cuidado.

Para fins desta análise, considera-se perda primária a diferença entre as vagas de primeira consulta ofertadas no CORE e as efetivamente agendadas pela Regulação Estadual. A perda secundária corresponde à diferença entre os retornos programados e aqueles efetivamente agendados pelo HRD. Após o agendamento, as ausências dos pacientes caracterizam o absenteísmo.

Em agosto de 2026, foram disponibilizadas 4.092 vagas para os serviços vinculados ao Ambulatório de Especialidades Médicas, sendo 2.276 destinadas às primeiras consultas e 1.816 aos retornos. Das vagas ofertadas no CORE, 2.048 foram agendadas, resultando em perda primária de 228 vagas, equivalente a 10,02%. Em relação aos retornos, foram efetivados 1.644 dos 1.816 agendamentos programados, correspondendo a uma perda secundária de 172 vagas, ou 9,47%.

Consideradas as duas modalidades de acesso, foram efetivados 3.692 agendamentos, com registro de 2.619 comparecimentos e 1.073 faltas, resultando em absenteísmo ambulatorial de 29,06%.

TIPO DE ATENDIMENTO	VAGAS OFERTADAS E PROGRAMADAS NO MÊS						TOTAL GERAL (OFERTADOS + PROGRAMADOS)	TOTAL GERAL DE AGENDAMENTOS (1ª CONSULTA + RETORNO)	FALTANTES	ABSENTEÍSMO
	1ª CONSULTA OFERTADA	1ª CONSULTA AGENDADA	PERDA PRIMÁRIA	RETORNO PROGRAMADO	RETORNO AGENDADO	PERDA SECUNDÁRIA				
CIRURGIA BARIÁTRICA	30	28	6,67%	10	5	50,00%	40	33	7	21,21%
CARDIOLOGIA CLÍNICA	180	164	8,89%	45	21	53,33%	225	185	22	11,89%
ECOCARDIOGRAFIA										
ESTRESSE/TRANSESOFAGICO/T	68	30	55,88%	241	338	-40,25%	309	368	161	43,75%
RAMSTORACICO										
HOLTER	21	21	0,00%	21	27	-28,57%	42	48	20	41,67%
MAPA	21	20	4,76%	21	35	-66,67%	42	55	31	56,36%
TESTE ERGOMÉTRICO	99	93	6,06%	36	121	-236,11%	135	214	108	0,50
ESCLERO	0	0	0,00%	256	256	0,00%	256	256	143	55,86%
CIRURGIA GERAL	380	253	33,42%	380	179	52,89%	760	432	26	6,02%
GINECOLOGIA	148	148	0,00%	74	56	24,32%	222	204	86	42,16%
CIPE (CIRURGIA GERAL)	32	32	0,00%	24	22	8,33%	56	54	11	20,37%
CIRURGIA VASCULAR	160	153	4,38%	96	96	0,00%	256	249	45	18,07%
COLOPROCTO	60	59	1,67%	15	11	26,67%	75	70	23	32,86%
ENDOCRINOLOGIA	16	16	0,00%	32	32	0,00%	48	48	24	50,00%
GASTROENTEROLOGIA	24	22	8,33%	24	24	0,00%	48	46	22	47,83%
OFTALMOLOGIA GERAL	508	505	0,59%	4	4	0,00%	512	509	130	25,54%
OFTALMO - PLÁSTICA OCULAR	16	15	6,25%	0	0	0,00%	16	15	4	26,67%
ORTOPEDIA (Adulto + PED)	344	326	5,23%	349	318	8,88%	693	644	134	20,81%
OTORRINO	52	50	3,85%	40	12	70,00%	92	62	27	43,55%
EGRESSO UTI PED	0	0	0,00%	52	19	63,46%	52	19	8	42,11%
CICLO BARIÁTRICO PSIQUIATRIA	0	0	0,00%	40	14	65,00%	40	14	4	28,57%
UROLOGIA - CONSULTAS	79	74	6,33%	52	50	3,85%	131	124	20	16,13%
USG PROSTATA	38	39	-2,63%	4	4	0,00%	42	43	17	39,53%
	2.276	2.048	10,02%	1.816	1.644	9,47%	4.092	3.692	1.073	29,06%

A oferta total de 4.092 vagas correspondeu a 127,24% da meta contratual de 3.216 procedimentos, demonstrando que, de maneira consolidada, a capacidade disponibilizada foi suficiente para o cumprimento da meta. Contudo, parte dessa capacidade não se converteu em produção em razão das perdas ocorridas antes do agendamento e, principalmente, das faltas posteriores à ocupação das vagas.

Registra-se diferença de uma unidade entre os 2.619 comparecimentos constantes do controle operacional das agendas e os 2.618 procedimentos reconhecidos no quadro contratual de produção. Embora a divergência seja pouco significativa para o resultado global, recomenda-se a conciliação entre os relatórios de agenda, os registros assistenciais e a base utilizada para apuração contratual, de modo a assegurar uniformidade e rastreabilidade das informações.

Também foram identificadas situações em que o número de agendamentos superou a oferta inicialmente registrada. Nesses casos, os percentuais negativos apresentados no quadro não representam perda, mas indicam ampliação posterior da agenda, realização de encaixes ou inclusão de vagas adicionais durante o período.

A meta mensal do Ambulatório de Especialidades Médicas corresponde a 3.216 procedimentos. Em agosto de 2026, foram registrados 2.618 procedimentos, equivalentes a 81,41% da meta. Após a análise das ocorrências, a identificação do nexo causal e a aplicação da matriz de riscos contratual às atividades afetadas, foram considerados 3.564 procedimentos para fins de avaliação da performance, elevando o alcance ajustado para 110,82%.

ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANCE DA META %	RISCO IDENTIFICADO	TIPO DO RISCO	QTDE ASSUMIDA NA PERFORMANCE
CARDIOLOGIA CLÍNICA E RISCO CIRÚRGICO	360	528	↑ 146,67%	NÃO	NA	528
AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	815	388	↓ 47,61%	SIM	1;11	815
AMBULATÓRIO DE UROLOGIA	276	129	↓ 46,74%	SIM	1;11	276
AMBULATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR	400	317	↗ 79,25%	SIM	11	400
AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	30	36	↑ 120,00%	NÃO	NA	36
CONSULTA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA ADULTO	40	24	↘ 60,00%	SIM	11	40
CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA ADULTO	40	24	↘ 60,00%	SIM	11	40
CONSULTA PRÉ-CIRÚRGICA EM CIRURGIA GERAL ADULTO E PED	645	449	↘ 69,61%	SIM	14	645
CONSULTA PRÉ-CIRÚRGICA EM GINECOLOGIA	180	167	↘ 92,78%	SIM	11	180
CONSULTA PRÉ-CIRÚRGICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	40	35	↘ 87,50%	SIM	11	40
CONSULTA PRÉ-CIRÚRGICA EM ORTOPEDIA ADULTO E PED	340	510	↑ 150,00%	NÃO	NA	510
CONSULTA DE EGRESSOS DA UTI PED	50	11	↓ 22,00%	SIM	14	50

A análise da matriz considerou o risco nº 1, relacionado ao atraso no cumprimento do cronograma em decorrência da falta de agilidade nas contratações de pessoal e demais serviços, de responsabilidade da CONTRATADA; o risco nº 11, referente ao absenteísmo de pacientes com impacto na operacionalização do hospital e no cumprimento das metas, também atribuído à CONTRATADA; e o risco nº 14, correspondente à omissão ou às falhas na regulação dos pacientes, atribuído à CONTRATANTE.

A aplicação da matriz não substitui o registro da produção efetivamente realizada nem afasta a necessidade de adoção de medidas corretivas. Sua utilização objetiva reconhecer a ocorrência de eventos previstos contratualmente, estabelecer a responsabilidade atribuída a cada parte e neutralizar, quando comprovado o nexo causal, os efeitos financeiros decorrentes do não cumprimento das metas.

6.1.1 Cardiologia Clínica e Risco Cirúrgico

O grupo de Cardiologia Clínica e Risco Cirúrgico registrou 528 procedimentos diante da meta de 360, alcançando 146,67%. O resultado compreendeu as consultas cardiológicas, as avaliações de risco cirúrgico e os exames cardiológicos agrupados contratualmente. Embora os controles de agenda indiquem absenteísmo de 56,36% no MAPA, 50,47% no Teste Ergométrico, 43,75% nos Ecocardiogramas e 41,67% no Holter, o desempenho

consolidado superou a meta contratual. Dessa forma, não houve necessidade de aplicação da matriz de riscos.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
CARDIOLOGIA CLÍNICA E RISCO CIRÚRGICO	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)	FULL	416	FULL	416	FULL
	02.11.02.003-6 - ELETROCARDIOGRAMA	FULL	599	FULL	599	FULL
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLOGIA CLÍNICA > 12 anos)	100	163	✓ 163,00%	163	163,00%
	02.11.02.006-0 - TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	180	158	87,78%	158	87,78%
	02.11.02.005-2 - MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)					
	02.11.02.004-4 - MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	80	207	✓ 258,75%	207	258,75%
	02.05.01.001-6 - ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE					
	02.05.01.002-4 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA					
	02.05.01.003-2 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	360	528	✓ 146,67%	528	146,67%
	CARDIOLOGIA CLÍNICA E RISCO CIRÚRGICO					

6.1.2 Ambulatório de Oftalmologia

O Ambulatório de Oftalmologia realizou 388 atendimentos para uma meta de 815, alcançando 47,61%. Após a aplicação dos riscos nº 1 e nº 11, foram considerados 815 procedimentos para fins de avaliação da performance. A pactuação da Oftalmologia está distribuída entre consultas pediátricas para menores de oito anos, Retina-DMRI, Retina, Plástica Ocular, Estrabismo e Oftalmologia Geral. No período, foram realizadas quatro consultas pediátricas, 11 consultas de Plástica Ocular e 373 consultas de Oftalmologia Geral. Não houve produção nas linhas de Retina-DMRI, Retina e Estrabismo.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
OFTALMOLOGIA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PED < 8 ANOS)	90	4	✗ 4,44%	90	Matriz de Risco
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RETINA-DMRI)	100	0	✗ 0,00%	100	
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RETINA)	25	0	✗ 0,00%	25	
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PLASTICA OCULAR)	25	11	✗ 44,00%	25	
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)	5	0	✗ 0,00%	5	
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GERAL)	570	373	✗ 65,44%	570	
	02.11.06.001-1 - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	FULL	20	FULL	FULL	FULL
	02.11.06.002-0 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO		0			
	02.11.06.003-8 - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO		0			
	02.11.06.005-4 - CERATOMETRIA		0			
	02.11.06.006-2 - CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)		0			
	02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA		0			
	02.11.06.011-9 - GONIOSCOPIA		0			
	02.11.06.012-7 - MAPEAMENTO DE RETINA		12			
	02.11.06.014-3 - MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA		18			
	02.11.06.017-8 - RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR		0			
	02.11.06.018-6 - RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR		0			
	02.11.06.023-2 - TESTE ORTÓPTICO		0			
	02.11.06.025-9 - TONOMETRIA		0			
	02.11.06.026-7 - TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea		0			
	AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	815	388	✗ 47,61%	815	100,00%

No controle das agendas, a Oftalmologia Geral disponibilizou 508 vagas de primeira consulta no CORE, das quais 505 foram agendadas, resultando em perda primária de apenas 0,59%. Também foram programados e agendados quatro retornos. Dos 509 pacientes agendados, 130 não compareceram, configurando absenteísmo de 25,54%. Na Plástica

Ocular, foram ofertadas 16 vagas e efetivados 15 agendamentos, correspondendo a perda primária de 6,25%. Foram registradas quatro faltas, resultando em absenteísmo de 26,67%.

Os dados demonstram que, nas agendas efetivamente abertas, houve elevada ocupação das vagas ofertadas. A insuficiência da produção decorreu da combinação entre o absenteísmo e a ativação ainda incompleta dos fluxos assistenciais e diagnósticos das linhas especializadas. Conforme manifestação da CONTRATADA, alguns exames e procedimentos inseridos nas linhas oftalmológicas ainda dependem da conclusão dos processos de aquisição de equipamentos, instrumentais e insumos, circunstância que restringiu a oferta específica de determinados atendimentos.

A necessidade desses recursos foi identificada pelo corpo clínico recentemente contratado durante a avaliação do escopo técnico e a elaboração dos protocolos internos. A equipe médica sustentou que a abertura de consultas sem a garantia do fluxo diagnóstico completo poderia interromper o atendimento, gerar expectativa indevida nos pacientes e mantê-los aguardando exames necessários à conclusão da avaliação.

A justificativa apresenta plausibilidade técnica, especialmente durante a implantação de linhas fortemente dependentes de equipamentos e infraestrutura diagnóstica. Contudo, a complexidade previsível do processo exigia maior celeridade na avaliação dos requisitos técnicos, na definição dos protocolos e na condução das aquisições, a fim de reduzir o impacto sobre a ativação das agendas.

Entre as evidências apresentadas encontram-se a comunicação técnica relativa à implantação das linhas oftalmológicas e a solicitação de autorização para utilização da conta de investimento na aquisição de equipamentos e instrumentais não contemplados no parque tecnológico disponibilizado pela SES. A autorização foi concedida, permanecendo os itens em processo de aquisição.

A ausência do equipamento (não contemplado da relação de equipamentos e insumos adquiridos pela SES) de Tomografia de Coerência Óptica — OCT — apresenta nexo mais direto com as linhas de Retina e Retina-DMRI. Para o Estrabismo, o OCT não constitui, em regra, o principal recurso diagnóstico. Nesse caso, a justificativa deve estar relacionada aos recursos próprios do protocolo de estrabismo, como prismas, lentes, instrumentais e estrutura para realização do teste ortóptico, além da formalização do respectivo fluxo assistencial.

Diante da implantação recente das linhas, das pendências temporárias de infraestrutura diagnóstica e do absenteísmo verificado nas agendas disponibilizadas, foram aplicados os riscos nº 1 e nº 11. A neutralização possui caráter temporário e deverá ser acompanhada por meio dos processos de aquisição, da conclusão dos protocolos internos e da apresentação de cronograma para a integral ativação das linhas.

6.1.3 Ambulatório de Urologia

O Ambulatório de Urologia registrou 129 procedimentos diante da meta de 276, alcançando 46,74%. Após a aplicação do risco nº 14, foram considerados 276 procedimentos para fins de performance. As consultas urológicas alcançaram 103 atendimentos para uma meta de 100, demonstrando que a insuficiência se concentrou nos exames e procedimentos diagnósticos. Foram realizados 26 exames do grupo pactuado, enquanto as biópsias de próstata não apresentaram produção.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
AMBULATÓRIO DE UROLOGIA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (> 12 anos)	100	103	✓ 103,00%	100	Matriz de Risco
	02.01.01.041-0 - BIÓPSIA DE PRÓSTATA	40	0	✗ 0,00%	40	Matriz de Risco
	02.05.02.010-0 - ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	136	26	✗ 19,12%	136	Matriz de Risco
	02.05.02.011-9 - ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)					
	02.09.02.001-6 - CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA					
	02.11.09.001-8 - AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA					
AMBULATÓRIO DE UROLOGIA		276	129	✗ 46,74%	276	100,00%

No controle de agendas, foram ofertadas 79 vagas de primeira consulta, das quais 74 foram agendadas, resultando em perda primária de 6,33%. Dos 52 retornos programados, 50 foram efetivados, com perda secundária de 3,85%. Entre os 124 pacientes agendados, ocorreram 20 faltas, correspondendo a absenteísmo de 16,13%. Para a ultrassonografia de próstata, foram ofertadas 38 vagas de primeira consulta e registrados 39 agendamentos, além de quatro retornos programados e efetivados. Dos 43 pacientes agendados, 17 não compareceram, resultando em absenteísmo de 39,53%.

Como evidências das limitações operacionais, foram apresentados o pedido de compra dos guias necessários à realização das biópsias, iniciado em agosto, com entrega no início de setembro, e a solicitação de utilização da conta de investimento para aquisição do sistema de urodinâmica (equipamento também não contemplado nos processos de aquisição da SES). Esses documentos demonstram as causas operacionais relacionados ao risco nº 1, enquanto as baixas execuções dos procedimentos caracterizam o risco nº 11, cuja materialização está relacionada aos índices de absenteísmo.

6.1.4 Ambulatório de Cirurgia Vascular

O Ambulatório de Cirurgia Vascular apresentou 317 procedimentos para uma meta consolidada de 400, correspondendo a 79,25%. O resultado foi composto por 204 consultas, superando em 2% a meta específica de 200, e por 113 procedimentos de escleroterapia diante da meta de 200. Nas consultas, foram ofertadas 160 vagas de primeira consulta e efetivados 153 agendamentos, com perda primária de 4,38%. Os 96 retornos programados foram integralmente agendados. Entre os 249 pacientes agendados, foram registradas 45 faltas, equivalentes a absenteísmo de 18,07%.

Na escleroterapia, as 256 vagas programadas foram integralmente ocupadas, mas ocorreram 143 faltas, resultando em absenteísmo de 55,86%.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
AMBULATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (> 12 anos)	200	204	✓ 102,00%	204	102,00%
	03.09.07.001-5 - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	200	113	✗ 56,50%	200	Matriz de Risco
	03.09.07.002-3 - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)					
AMBULATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR		400	317	79,25%	404	101,00%

A ocupação total da agenda associada ao elevado número de ausências evidencia nexo causal entre o risco nº 11 e a insuficiência da produção. Para a performance, foram mantidas as 204 consultas efetivamente realizadas e assumida a meta de 200 procedimentos de escleroterapia, totalizando 404 procedimentos e alcance ajustado de 101%.

6.1.5 Ambulatório de Cirurgia Bariátrica

A Cirurgia Bariátrica registrou 36 atendimentos para uma meta de 30, alcançando 120%. O resultado compreendeu 26 consultas médicas e dez atendimentos de Psiquiatria vinculados ao Ciclo Bariátrico.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Cirurgia Geral/Aparelho Digestivo)	30	26	✓ 120,00%	36	120,00%
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Gastroenterologia)		0			
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Endocrinologia)		0			
	03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) Nutricionista		0			
	03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) Psicólogo		10			
	AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	30	36	✓ 120,00%	36	120,00%

Foram disponibilizadas 40 vagas, sendo 30 de primeira consulta e dez de retorno. Foram efetivados 33 agendamentos, com 26 comparecimentos e sete faltas, resultando em absenteísmo de 21,21%. A agenda de Psiquiatria do Ciclo Bariátrico apresentou 40 retornos programados, 14 agendamentos, dez comparecimentos e quatro faltas. Embora tenha ocorrido perda secundária de 65% nessa agenda, a produção consolidada do grupo superou a meta contratual, não sendo necessária a aplicação da matriz.

6.1.6 Gastroenterologia e Endocrinologia

A Gastroenterologia realizou 24 consultas para uma meta de 40, alcançando 60%. Foram disponibilizadas 48 vagas e efetivados 46 agendamentos. A perda primária foi de 8,33%, não houve perda secundária e foram registradas 22 faltas, resultando em absenteísmo de 47,83%. A Endocrinologia também realizou 24 consultas diante da meta de 40, atingindo 60%. As 48 vagas disponibilizadas foram integralmente agendadas, mas ocorreram 24 faltas, correspondendo a absenteísmo de 50%.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTRO >12 anos)	40	24	✗ 60,00%	40	Matriz de Risco
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ENDOCRINO >12 anos)	40	24	✗ 60,00%	40	Matriz de Risco
	OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	1.335	1.220	91,39%	1.505	112,73%

Em ambas as especialidades, o elevado absenteísmo apresentou nexos diretos com o não cumprimento da meta. Aplicou-se o risco nº 11, assumindo-se 40 consultas para cada linha assistencial.

6.1.7 Consulta Pré-Cirúrgica em Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica

A Consulta Pré-Cirúrgica em Cirurgia Geral registrou 449 atendimentos para uma meta de 645, alcançando 69,61%. Após a aplicação do risco nº 14, foram considerados 645 atendimentos para fins de performance. Foram ofertadas 380 vagas de primeira consulta no CORE, das quais 253 foram agendadas, configurando perda primária de 33,42%. Dos 380 retornos programados pelo hospital, 179 foram efetivados, resultando em perda secundária de 52,89%. Entre os 432 pacientes agendados, foram registradas 26 faltas, equivalentes a absenteísmo de 6,02%.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL ADULTO E PED)	645	449	✗ 69,61%	645	Matriz de Risco
	OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	1.335	1.220	91,39%	1.505	112,73%

A perda primária demonstra que parcela relevante das vagas ofertadas no CORE não foi ocupada pela Regulação Estadual e sustenta a aplicação do risco nº 14. A perda secundária, por decorrer do fluxo interno de retornos, permanece sob a governabilidade do HRD e exige revisão dos processos de programação, agendamento e acompanhamento dos pacientes.

6.1.8 Consulta Pré-Cirúrgica em Ginecologia

A Ginecologia registrou 167 consultas para uma meta de 180, alcançando 92,78%. Após a aplicação do risco nº 11, foram consideradas 180 consultas. Foram ofertadas 148 vagas de primeira consulta, integralmente ocupadas. Dos 74 retornos programados, 56 foram agendados, correspondendo a perda secundária de 24,32%. Dos 204 pacientes agendados, 86 faltaram, resultando em absenteísmo de 42,16%.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GINECOLÓGICA >12 anos)	180	167	92,78%	180	Matriz de Risco
	OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	1.335	1.220	91,39%	1.505	112,73%

O elevado número de faltas apresenta nexos diretos com o não cumprimento da meta e fundamenta a aplicação do risco nº 11. Contudo, deverá ser conciliada a diferença entre os

118 comparecimentos registrados no controle das agendas e as 167 consultas constantes da produção contratual.

6.1.9 Consulta Pré-Cirúrgica em Otorrinolaringologia

A Otorrinolaringologia realizou 35 consultas para uma meta de 40, alcançando 87,50%. Após a aplicação do risco nº 11, foram considerados 40 atendimentos. Foram ofertadas 52 vagas de primeira consulta, das quais 50 foram agendadas, resultando em perda primária de 3,85%.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OTORRINO)	40	35	87,50%	40	Matriz de Risco
OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS		1.335	1.220	91,39%	1.505	112,73%

Dos 40 retornos programados, apenas 12 foram efetivados, correspondendo a perda secundária de 70%. Entre os 62 pacientes agendados, ocorreram 27 faltas, configurando absenteísmo de 43,55%. Embora o absenteísmo apresente nexos com a insuficiência da produção, a elevada perda secundária também contribuiu para o resultado e deverá ser objeto de atuação específica do HRD.

6.1.10 Consulta Pré-Cirúrgica em Ortopedia Adulto e Pediátrica

A Ortopedia realizou 510 consultas para uma meta de 340, alcançando 150%. Foram disponibilizadas 693 vagas, sendo 344 de primeira consulta e 349 de retorno, com efetivação de 644 agendamentos.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA ORTOPÉDICA ADULTO E PED)	340	510	150,00%	510	150,00%
OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS		1.335	1.220	91,39%	1.505	112,73%

Foram registrados 134 pacientes faltantes, correspondendo a absenteísmo de 20,81%. Apesar das perdas verificadas, a produção superou a meta contratual, não sendo necessária a aplicação da matriz de riscos.

6.1.11 Consulta de Egressos da UTI Pediátrica

O acompanhamento dos egressos da UTI Pediátrica registrou 11 consultas para uma meta de 50, alcançando 22%. Após a aplicação do risco nº 14, foram considerados 50 atendimentos para fins de performance. Foram programados 52 retornos, dos quais apenas 19 foram efetivamente agendados, resultando em perda secundária de 63,46%. Entre os pacientes agendados, ocorreram oito faltas, correspondendo a absenteísmo de 42,11%.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (UTI PED)	50	11	22,00%	50	Matriz de Risco
OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS		1.335	1.220	91,39%	1.505	112,73%

Como não houve oferta de primeiras consultas no CORE, o quadro de agenda não demonstra, isoladamente, falha da Regulação Estadual. Assim, a aplicação do risco nº 11 esta sustentada à perda secundária relacionada aos pacientes elegíveis após a alta da UTI Pediátrica, que não foram efetivados em continuidade do cuidado no ambulatório.

A elevada perda secundária também evidencia componente sob governabilidade do HRD, recomendando-se o agendamento do retorno antes da alta, a integração entre a UTI Pediátrica e o Ambulatório e a realização de busca ativa dos pacientes elegíveis, como ações de melhoria para mitigar o risco. Salienta-se, contudo, que esta linha está sob revisão geral da SGH, com proposta de ajuste e inclusão de outras linhas de egressos.

6.1.12 Medidas relacionadas à gestão das agendas

Diante dos resultados, recomenda-se que a oferta de primeiras consultas no CORE seja dimensionada acima da meta contratual, considerando, inicialmente, margem mínima de aproximadamente 10% para absorção da perda primária historicamente observada. O percentual deverá ser ajustado de acordo com o comportamento de cada especialidade, a capacidade instalada e a possibilidade de realização de encaixes.

A ampliação da oferta não afasta a necessidade de monitorar o absenteísmo. Para as especialidades com maior número de faltas, o HRD deverá fortalecer os mecanismos de confirmação prévia, comunicação com os pacientes, atualização cadastral, reaproveitamento das vagas canceladas e organização de listas de espera. Quanto aos retornos, recomenda-se revisar os critérios clínicos de programação, efetivar o agendamento antes da saída do paciente, monitorar as agendas futuras e promover busca ativa nos serviços com maior perda secundária.

As linhas cuja produção permaneceu limitada pela ausência de equipamentos, instrumentais ou insumos deverão ser acompanhadas mediante cronogramas específicos de aquisição e implantação. A aplicação temporária da matriz não deverá afastar a responsabilidade pela conclusão desses processos nem resultar na incorporação permanente de metas não executadas à performance.

As evidências da oferta no CORE, dos retornos programados, dos agendamentos, das faltas, das filas reguladas e dos processos de aquisição deverão permanecer vinculadas à memória de cálculo, permitindo a verificação do nexo causal e da responsabilidade contratual em cada risco aplicado.

6.1.13 Plano de Mitigação de Riscos e Acompanhamento – Ambulatório de Especialidades Médicas

Considerando os riscos identificados, as evidências apresentadas e os resultados de perda primária, perda secundária e absenteísmo, deverão ser mantidas ou implementadas as seguintes medidas:

Situação/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Risco nº 1 – Estruturação das linhas de Oftalmologia	Concluir os processos de aquisição dos equipamentos, instrumentais e insumos necessários à integralização das linhas oftalmológicas; acompanhar a aquisição das lentes e da caixa de prismas mediante utilização da conta de investimento; formalizar cronograma para recebimento, instalação, testes e início da operação; finalizar os protocolos internos e apresentar mensalmente a evolução da implantação das linhas de Retina, Retina-DMRI e Estrabismo.
Risco nº 1 – Indisponibilidade do exame de tomografia de coerência óptica – OCT	Dar continuidade às providências para viabilização do exame, considerando que a tentativa de contratação do serviço não resultou em sua efetiva implantação; acompanhar o processo de aquisição do equipamento com recursos da conta de investimento; definir prazo para instalação e início da operação, priorizando as linhas de Retina e Retina-DMRI.
Risco nº 1 – Estruturação dos procedimentos de Urologia	Concluir a implantação dos exames e procedimentos previstos para a especialidade; acompanhar o início regular das biópsias endocavitárias após a aquisição dos respectivos guias; dar continuidade à aquisição do sistema de urodinâmica; formalizar cronograma com as etapas de aquisição, recebimento, instalação, testes e início da produção.
Risco nº 11 – Absenteísmo ambulatorial	Realizar confirmação prévia das consultas, exames e procedimentos; manter atualizados os contatos dos pacientes; reforçar as orientações sobre preparo, data e horário; promover reconvocação e reaproveitamento das vagas canceladas; organizar listas de espera; identificar as causas das faltas por especialidade e município de origem; acompanhar mensalmente os índices de absenteísmo; articular com as Centrais Municipais de Regulação estratégias de comunicação e orientação dos usuários. Deverá ser priorizado o acompanhamento das linhas com maiores percentuais de ausência: escleroterapia, 55,86%; MAPA, 56,36%; teste ergométrico, 50,47%; Endocrinologia, 50%; Gastroenterologia, 47,83%; ecocardiogramas, 43,75%; Otorrinolaringologia, 43,55%; Ginecologia, 42,16%; Holter, 41,67%; ultrassonografia de próstata, 39,53%; Plástica Ocular, 26,67%; e Oftalmologia Geral, 25,54%.
Risco nº 14 – Baixa ocupação das vagas ofertadas no CORE para Cirurgia Geral	Manter controle das vagas ofertadas, agendadas e não ocupadas; comunicar tempestivamente à SGH a baixa ocupação das agendas; conciliar a oferta hospitalar com as filas regulatórias; acompanhar o preenchimento por município de origem; documentar a perda primária de 33,42% e as providências adotadas pela Regulação Estadual.
Risco nº 14 – Formação da demanda de Egressos da UTI Pediátrica	Mapear as admissões e altas da UTI Pediátrica; identificar nominalmente os pacientes elegíveis ao acompanhamento; realizar o agendamento preferencialmente antes da alta; registrar os encaminhamentos, retornos programados, agendamentos, atendimentos e faltas; documentar eventuais falhas externas que impeçam a inserção ou a continuidade dos pacientes no ambulatório.

Situação/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Perda primária ambulatorial	Padronizar o acompanhamento das vagas de primeira consulta ofertadas no CORE, agendadas e não ocupadas por especialidade e município; comunicar à Regulação Estadual as ofertas com baixa ocupação; analisar o comportamento das filas; dimensionar a oferta de primeiras consultas acima da meta, considerando inicialmente margem mínima de aproximadamente 10% para compensação da perda primária, respeitada a capacidade instalada.
Perda secundária nas agendas de retorno	Monitorar os retornos programados, agendados e não efetivados; revisar a necessidade clínica e a periodicidade dos retornos; realizar o agendamento antes da saída do paciente; promover confirmação e busca ativa; evitar a reserva prolongada de vagas sem confirmação; priorizar os serviços com maior perda secundária, especialmente Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia e Egressos da UTI Pediátrica.
Divergências entre as bases de informação	Conciliar os dados do CORE, das agendas internas, dos registros de comparecimento, do prontuário e da produção contratual; justificar formalmente eventuais diferenças; corrigir a divergência identificada na Ginecologia e a diferença de uma unidade entre os comparecimentos consolidados e a produção reconhecida no bloco; manter memória de cálculo rastreável.
Acompanhamento dos riscos aplicados	Manter vinculadas à memória de cálculo as evidências de oferta, agendamento, comparecimento, faltas, filas reguladas, processos de aquisição e providências adotadas; reavaliar mensalmente a permanência do nexo causal; registrar o estágio de execução das medidas; encerrar a aplicação do risco quando superado o fato gerador, evitando sua reprodução automática nas competências subsequentes.

6.2 Metas de Produção Assistencial – Ambulatório de Especialidades Não Médicas

Na competência de agosto de 2026, o Ambulatório de Especialidades Não Médicas realizou 187 atendimentos, diante da meta mensal consolidada de 120, correspondendo a 155,83% de alcance. Como a meta foi superada, não houve identificação ou aplicação de risco contratual, permanecendo a quantidade de 187 atendimentos para fins de performance.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
SERV SOCIAL	03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) SERVIÇO SOCIAL	120	63	✓ 155,83%	187	■ 155,83%
NUTRI	03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA		25			
PSICO	03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) PSICOLOGIA		42			
FONO	03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) FONOAUDIOLOGIA		0			
FISIO	03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) FISIOTERAPIA		57			
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL		120	187	✓ 155,83%	187	■ 155,83%

6.3 Metas de Produção Assistencial - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

A análise do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico considera a produção efetivamente realizada, a capacidade disponibilizada, a origem das solicitações, a ocupação das agendas e os motivos que impediram a realização dos exames. No HRD, o acesso aos exames ocorre por dois fluxos principais. A agenda externa corresponde às vagas

disponibilizadas no Sistema CORE e ocupadas pela Regulação Estadual, conforme a demanda cadastrada. A programação interna compreende os exames solicitados a partir dos atendimentos ambulatoriais, das internações e dos demais serviços assistenciais do próprio hospital.

Na competência de agosto de 2026, também foram iniciados mutirões de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, com ampliação extraordinária das agendas para atendimento da demanda existente e redução do tempo de espera. No conjunto dos exames monitorados, foram ofertadas 2.451 vagas externas, das quais 2.204 foram agendadas, resultando em perda primária consolidada de 10,08%. Na programação interna, foram previstas 678 vagas e efetivados 1.194 agendamentos.

Como os agendamentos internos superaram a programação inicial, não houve perda secundária consolidada, mas ampliação de 516 agendamentos, equivalente a 76,11% acima do quantitativo inicialmente programado. Somadas as agendas externa e interna, foram disponibilizadas ou programadas 3.129 vagas e efetivados 3.398 agendamentos. Foram registradas 1.052 faltas, correspondendo a absenteísmo consolidado de 30,96%, e 2.346 comparecimentos.

TIPO DE ATENDIMENTO	TOTAL GERAL (OFERTADOS + PROGRAMADOS)						TOTAL GERAL (OFERTADOS + PROGRAMADOS)	TOTAL GERAL DE AGENDAMENTOS (EXTERNO + INTERNO)	FALTANTES	ABSENTEÍSMO
	EXTERNO OFERTADO	EXTERNO AGENDADO	PERDA PRIMÁRIA	INTERNO PROGRAMADO	INTERNO AGENDADO	PERDA SECUNDÁRIA				
COLONOSCOPIA	244	235	3,69%	39	59	-51,28%	283	294	109	37,07%
EDA	399	395	1,00%	36	56	-55,56%	435	451	127	28,16%
MAMOGRAFIA	195	0	100,00%	0	0	NA	195	NA	NA	NA
RESSONANCIA MAGNETICA	405	394	2,72%	168	168	0,00%	573	562	190	33,81%
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	987	967	2,03%	168	624	-271,43%	1.155	1.591	464	29,16%
ULTRASSONOGRAFIA	221	213	3,62%	267	287	-7,49%	488	500	162	32,40%
TOTAL	2.451	2.204	10,08%	678	1.194	-76,11%	3.129	3.398	1.052	30,96%

Os percentuais negativos apresentados na coluna de perda secundária não representam perda. Indicam que a quantidade de agendamentos internos foi superior à programação inicialmente registrada, em razão da incorporação de novas solicitações, encaixes, ampliação das agendas e execução dos mutirões.

Embora o número de agendamentos tenha superado a capacidade inicialmente programada, parte relevante não se converteu em produção devido ao absenteísmo. As metas dependem tanto da demanda regulada pelo CORE quanto daquela gerada internamente pelas linhas ambulatoriais e hospitalares. Mesmo quando a oferta é ampliada, as faltas posteriores ao agendamento reduzem a utilização efetiva da capacidade.

A programação interna também não representa garantia automática de produção. Os pacientes oriundos dos ambulatorios permanecem sujeitos a faltas, preparo inadequado, desistência, alteração da condição clínica e perda de seguimento. Para os pacientes internados, a não realização pode decorrer de alta, transferência, contraindicação, mudança de conduta ou indisponibilidade operacional, ocorrências que não devem ser classificadas como absenteísmo.

Nos procedimentos submetidos a metas quantitativas, foram realizados 2.327 exames diante da meta mensal consolidada de 2.880, correspondendo a 80,80% de alcance bruto. Após a identificação dos fatos geradores e a aplicação da matriz contratual às atividades afetadas, foram considerados 3.007 exames para fins de performance, equivalentes a 104,41% da meta.

ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANCE DA META %	RISCO IDENTIFICADO	TIPO DO RISCO	QTDE ASSUMIDA NA PERFORMANCE
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO	FULL	15.022	100,00%	NÃO	NA	15.022
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	FULL	1.550	100,00%	NÃO	NA	1.550
MAMOGRAFIA	150	0	0,00%	SIM	14	150
DENSITOMETRIA OSSEA	110	0	0,00%	SIM	9	110
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA	440	338	76,82%	SIM	11	440
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	1.000	1.127	112,70%	NÃO	NA	1.127
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	480	353	73,54%	SIM	11	480
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	400	324	81,00%	SIM	11	400
COLONOSCOPIA	240	185	77,08%	SIM	11	240
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	60	0	0,00%	SIM	1	60

Além dos procedimentos submetidos a metas, foram realizados 15.022 exames de Diagnóstico em Laboratório Clínico e 1.550 exames de Radiologia, classificados contratualmente como produção “FULL”. Esses quantitativos permanecem registrados para acompanhamento assistencial, mas não integram o denominador do cálculo percentual do bloco. A aplicação da matriz não modifica a produção efetivamente realizada. O tratamento incide sobre sua repercussão contratual, mediante comprovação do fato gerador, demonstração do nexo causal, observância da responsabilidade atribuída e análise das medidas de mitigação adotadas. No bloco foram aplicados os riscos de números 1, 9, 11 e 14.

6.3.1 Diagnóstico em Laboratório Clínico e Radiologia

O Diagnóstico em Laboratório Clínico registrou 15.022 exames, enquanto o Diagnóstico por Radiologia contabilizou 1.550 procedimentos. As duas atividades estão classificadas como produção “FULL”, sem meta quantitativa mensal submetida às faixas de desempenho.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP				Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
SOB DEMANDA	02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO			FULL	15.022	FULL	FULL	100,00%
	04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA			FULL	1.550	FULL	FULL	100,00%

Os volumes realizados permanecem registrados para acompanhamento da demanda produzida pelo Pronto Socorro, pelas unidades de internação, pelas UTIs, pelos ambulatorios e pelos demais serviços do complexo hospitalar.

6.3.2 Mamografia

A Mamografia não apresentou produção diante da meta mensal de 150 exames. Para a atividade foi aplicado o risco nº 14, relacionado à omissão ou às falhas na regulação de pacientes, cuja responsabilidade contratual é atribuída à Contratante. O HRD disponibilizou

195 vagas no CORE, mas não houve agendamentos. A Regulação Estadual informou não existir demanda cadastrada para Mamografia na competência analisada.

A produção nula não decorreu da ausência de capacidade ofertada pelo hospital, mas da inexistência de demanda regulada para ocupação das vagas. A informação prestada pela Regulação, associada aos registros da oferta disponibilizada no CORE, constitui evidência do nexo causal para aplicação do risco nº 14.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
IMAGEM	02.04.03.003-0 - MAMOGRAFIA	150	0	✗ 0,00%	150	Matriz de Risco

Para fins de performance, foram considerados 150 exames. O risco deverá permanecer acompanhado dos registros de oferta, da manifestação da Regulação Estadual, da eventual formação de fila e da distribuição da demanda regional entre os prestadores.

6.3.3 Densitometria Óssea

A Densitometria Óssea não apresentou produção diante da meta mensal de 110 exames.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
IMAGEM	02.04.06.002-8 - DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	110	0	✗ 0,00%	110	Matriz de Risco

Foi aplicado o risco nº 9 em razão da indisponibilidade operacional do equipamento, que permaneceu em manutenção após a identificação de falha técnica. A ordem de serviço apresentada comprova a ocorrência da falha e a adoção de providências para avaliação e reparo do equipamento. Para fins de performance, foram considerados 110 exames.

A aplicação do risco possui caráter temporário e deverá ser acompanhada até a conclusão da assistência técnica. O restabelecimento do serviço deverá ser comprovado mediante encerramento da ordem de serviço, identificação da causa da falha, realização dos testes necessários, liberação técnica do equipamento e reabertura das agendas.

Após o retorno à operação, o HRD deverá avaliar a existência de demanda represada e, quando necessário, estabelecer programação para recuperação dos exames não realizados durante o período de indisponibilidade.

6.3.4 Diagnóstico por Ultrassonografia

O Diagnóstico por Ultrassonografia realizou 338 exames diante da meta de 440, alcançando 76,82%. Após a aplicação do risco nº 11, foram considerados 440 procedimentos para fins de performance.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
IMAGEM	05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA	440	338	76,82%	440	Matriz de Risco

Foram ofertadas 221 vagas externas, das quais 213 foram agendadas, resultando em perda primária de 3,62%. Na programação interna, foram previstas 267 vagas e efetivados 287 agendamentos, superando em 20 o quantitativo inicialmente programado. No total, foram efetivados 500 agendamentos e registradas 162 faltas, resultando em absenteísmo de 32,40%.

Os 338 comparecimentos coincidem com a produção contratual reconhecida, evidenciando nexos diretos entre o absenteísmo e o não cumprimento da meta. A aplicação do risco nº 11 não afasta a responsabilidade da CONTRATADA pela confirmação dos exames, comunicação com os pacientes, reaproveitamento das vagas canceladas e identificação das causas das faltas.

6.3.5 Diagnóstico por Tomografia

O Diagnóstico por Tomografia registrou 1.127 exames para uma meta mensal de 1.000, alcançando 112,70%. Como a meta foi superada, não houve aplicação da matriz de riscos, sendo mantida integralmente a produção realizada para fins de performance.

Na competência, foi iniciado mutirão de Tomografia Computadorizada, ampliando a capacidade para além da programação regular. Foram ofertadas 987 vagas externas, das quais 967 foram agendadas, resultando em perda primária de 2,03%. Na programação interna, foram inicialmente previstas 168 vagas e efetivados 624 agendamentos, acréscimo relacionado à incorporação de novas solicitações e ao mutirão.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
IMAGEM	06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	1.000	1.127	✓ 112,70%	1.127	■ 112,70%

No total, foram efetivados 1.591 agendamentos, com 1.127 comparecimentos e 464 faltas, resultando em absenteísmo de 29,16%. A ampliação da programação foi suficiente para compensar as ausências e assegurar o cumprimento da meta consolidada. O monitoramento deverá demonstrar a origem dos pacientes incluídos no mutirão, a demanda reprimida absorvida e o impacto da estratégia sobre o tempo de espera. Também deverão ser mantidas ações específicas para as modalidades com contraste e sedação, que dependem de preparo e organização assistencial diferenciados.

6.3.6 Diagnóstico por Ressonância Magnética

O Diagnóstico por Ressonância Magnética registrou 353 exames diante da meta mensal de 480, alcançando 73,54%. Após a aplicação do risco nº 11, foram considerados 480 exames para fins de performance. Também foi iniciado mutirão de Ressonância Magnética para ampliação da capacidade e absorção da demanda existente. Foram ofertadas 405 vagas

externas, das quais 394 foram agendadas, correspondendo a perda primária de 2,72%. As 168 vagas da programação interna foram integralmente agendadas.

No total, foram efetivados 562 agendamentos, com 372 comparecimentos e 190 faltas, resultando em absenteísmo de 33,81%. Apesar da elevada ocupação da capacidade programada e da realização do mutirão, o volume adicional não foi suficiente para compensar as ausências e assegurar o cumprimento da meta. O resultado demonstra que a ampliação isolada da agenda não produz aumento proporcional da execução quando permanece elevado o absenteísmo dos pacientes agendados.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
IMAGEM	07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	480	353	73,54%	480	Matriz de Risco

Registra-se diferença de 19 exames entre os 372 comparecimentos informados no controle operacional e os 353 procedimentos reconhecidos na produção contratual. A divergência deverá ser conciliada mediante verificação de exames não concluídos, cancelamentos após a recepção, diferenças de competência, duplicidades ou critérios distintos de validação entre as bases de agenda e laudo.

A aplicação do risco nº 11 deverá alcançar apenas a parcela do desvio efetivamente associada às faltas. Eventuais indisponibilidades tecnológicas, contraindicações, cancelamentos institucionais ou exames não concluídos deverão ser identificados segundo seus fatos geradores específicos.

6.3.7 Endoscopia e Colonoscopia

A Endoscopia realizou 324 exames para uma meta de 400, alcançando 81%. Após a aplicação do risco nº 11, foram considerados 400 procedimentos para fins de performance. Foram ofertadas 399 vagas externas, das quais 395 foram agendadas, resultando em perda primária de 1%. Na programação interna, foram previstas 36 vagas e efetivados 56 agendamentos.

No total, foram realizados 451 agendamentos, com 324 comparecimentos e 127 faltas, resultando em absenteísmo de 28,16%. O quantitativo de comparecimentos coincide com a produção contratual, evidenciando relação direta entre as faltas e o não atingimento da meta. Considerando a necessidade de preparo prévio, deverão ser mantidas orientações claras aos pacientes e diferenciadas as ausências dos casos de preparo inadequado, contraindicação ou cancelamento clínico.

A Colonoscopia registrou 185 exames para uma meta de 240, alcançando 77,08%. Após a aplicação do risco nº 11, foram considerados 240 procedimentos para fins de performance. Foram ofertadas 244 vagas externas, das quais 235 foram agendadas,

resultando em perda primária de 3,69%. Na programação interna, foram inicialmente previstas 39 vagas e efetivados 59 agendamentos.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
EDA + COLONO	02.09.01.003-7 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	400	324	81,00%	400	Matriz de Risco
	02.09.01.002-9 - COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	240	185	77,08%	240	Matriz de Risco

No total, foram realizados 294 agendamentos, com 185 comparecimentos e 109 faltas, resultando em absenteísmo de 37,07%. A oferta e o número de agendamentos foram superiores à meta contratual, demonstrando que a insuficiência da produção não decorreu da ausência de capacidade disponibilizada. Considerando que a Colonoscopia exige preparo intestinal específico, o monitoramento deverá diferenciar o não comparecimento dos casos de preparo inadequado, contraindicação clínica, cancelamento, reagendamento, desistência ou impossibilidade de conclusão do exame.

6.3.8 Espirometria

A Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador não apresentou produção diante da meta mensal de 60 exames. Foi aplicado o risco nº 1, relacionado ao atraso no cumprimento do cronograma em razão da falta de agilidade nas contratações de pessoal ou de outros serviços, cuja responsabilidade é atribuída à Contratada. O processo para contratação de empresa destinada à prestação do serviço foi iniciado em maio de 2026 e permaneceu em tramitação durante agosto, sem conclusão suficiente para permitir o início da produção. A documentação comprova a adoção de providência administrativa, mas também demonstra que o serviço não foi implantado dentro do prazo necessário ao cumprimento da meta.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
PNEUMO	02.11.08.005-5 - ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	60	0	0,00%	60	Matriz de Risco

Para fins de performance, foram considerados 60 exames. A neutralização possui caráter temporário e não afasta a responsabilidade da Contratada pela conclusão do processo. A permanência do risco nas competências posteriores deverá estar condicionada à comprovação da evolução da contratação, à apresentação das causas da demora e à definição de cronograma objetivo para abertura das agendas.

6.3.9 Plano de Mitigação de Riscos e Acompanhamento – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Situação/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Risco nº 14 – Ausência de demanda regulada para Mamografia	Manter oferta regular no CORE; anexar a manifestação da Regulação Estadual quanto à inexistência de demanda cadastrada; acompanhar a formação da fila regional e a distribuição da demanda entre os prestadores; avaliar estratégias de direcionamento das usuárias

Situação/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
	elegíveis; manter evidências mensais da capacidade disponibilizada e da ocupação das agendas.
Risco nº 9 – Falha técnica do Densitometria	Acompanhar a execução da ordem de serviço; registrar a causa da falha, as intervenções necessárias e os prazos informados pela assistência técnica; realizar testes após o reparo; reabrir as agendas imediatamente após a liberação; avaliar e programar a recuperação da demanda repesada.
Risco nº 11 – Absenteísmo nos exames de apoio diagnóstico	Realizar confirmação prévia; manter atualizados os contatos dos pacientes; fornecer orientações claras sobre preparo, documentos, data e horário; organizar listas de espera; promover reconvocação e reaproveitamento das vagas canceladas; identificar as causas das faltas por exame, origem da demanda e município; articular com as Centrais Municipais de Regulação ações de orientação. Deverão ser priorizadas as agendas de Ressonância Magnética, Ultrassonografia, EDA, Colonoscopia e as modalidades de Tomografia com contraste ou sedação.
Risco nº 1 – Implantação da Espirometria	Concluir o processo de contratação; identificar e tratar as causas da demora; estabelecer cronograma para formalização e início da produção; avaliar alternativas caso o processo em andamento não seja concluído; apresentar mensalmente sua evolução até a abertura efetiva das agendas.
Programação interna ambulatorial e hospitalar	Acompanhar a conversão entre solicitação, programação, agendamento e realização; identificar linhas assistenciais com baixa geração de demanda; separar pacientes ambulatoriais dos internados; evitar que altas, transferências, contraindicações e cancelamentos clínicos sejam classificados como absenteísmo.
Mutirões de Tomografia e Ressonância Magnética	Registrar a capacidade adicional, a origem dos pacientes, os agendamentos e os exames realizados; mensurar a demanda reprimida absorvida e o efeito sobre o tempo de espera; associar a ampliação das agendas a estratégias de confirmação e substituição dos pacientes faltantes.
Preparo inadequado ou não conclusão do exame	Separar as faltas dos cancelamentos, reagendamentos, preparos inadequados, contraindicações clínicas e exames iniciados, mas não concluídos; reforçar as orientações para EDA, Colonoscopia, Tomografia e Ressonância com contraste ou sedação; registrar nominalmente os motivos de não realização.
Divergências entre agendas e produção contratual	Conciliar os registros da agenda, recepção, prontuário, laudo e produção contratual; verificar especialmente a diferença entre os 372 comparecimentos e os 353 exames de Ressonância Magnética reconhecidos; justificar as exclusões e manter memória de cálculo rastreável.
Ampliação de agendas e agendamentos acima da programação	Registrar as alterações posteriores à oferta inicial; diferenciar vagas regulares, programação interna, encaixes, mutirões e sobreagendamentos; avaliar a capacidade efetiva das equipes e dos equipamentos; assegurar que a ampliação não comprometa a segurança ou o preparo necessário para os exames.
Acompanhamento dos riscos aplicados	Vincular à memória de cálculo os registros de oferta, agendamento, comparecimento, faltas, filas reguladas, ordens de serviço e processos de contratação; reavaliar mensalmente o nexo causal e a responsabilidade contratual; registrar a evolução das medidas; encerrar a aplicação do risco quando superado o fato gerador.

6.4 Metas de Produção Assistencial – Cirurgias Eletivas

Na competência de agosto de 2026, o bloco de Procedimentos Cirúrgicos e Internações Clínicas registrou 548 procedimentos frente à meta mensal consolidada de 1.109,

correspondendo ao alcance bruto de 49,41%. Após a análise das circunstâncias que interferiram na formação e disponibilização da demanda cirúrgica e a aplicação da Matriz de Riscos Contratual às atividades afetadas, foram assumidos 1.137 procedimentos para fins de performance, equivalentes a 102,52% do resultado esperado.

ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANCE DA META %	RISCO IDENTIFICADO	TIPO DO RISCO	QTDE ASSUMIDA NA PERFORMANCE
CIRURGIAS DE ORTOPEDIA	181	158	87,29%	SIM	14	181
CIRURGIAS DE OFTALMOLOGIA	238	3	1,26%	SIM	14	238
CIRURGIA DE GINECOLOGIA	60	16	26,67%	SIM	14	60
CIRURGIA GERAL	235	193	82,13%	SIM	14	235
CIRURGIA DE UROLOGIA	230	45	19,57%	SIM	14	230
CIRURGIA VASCULAR	50	40	80,00%	SIM	14	50
CIRURGIA PLÁSTICA	25	0	0,00%	SIM	1	25
CIRURGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	50	0	0,00%	SIM	14	50
INTERNAÇÕES CLÍNICAS	65	93	143,08%	NÃO	NA	93

A Cirurgia Plástica não integrou a meta consolidada da competência, em razão da readequação contratual promovida por apostilamento para absorção dos custos relacionados à implantação do Pronto-Socorro Pediátrico. Nas demais linhas cirúrgicas, nenhuma especialidade atingiu integralmente a meta antes da aplicação da Matriz de Riscos.

Os melhores resultados foram observados na Cirurgia Ortopédica, com 158 procedimentos e 87,29% de alcance; na Cirurgia Geral, com 193 e 82,13%; e na Cirurgia Vascular, com 40 e 80,00%. Embora permaneçam abaixo das metas pactuadas, esses resultados demonstram maior aproveitamento da capacidade assistencial quando comparados às demais especialidades.

Em sentido oposto, verificou-se produção reduzida em Ginecologia, com 16 procedimentos e 26,67% da meta; Urologia, com 45 e 19,57%; Oftalmologia, com 3 e 1,26%; e Otorrinolaringologia, sem registro de cirurgia na competência. As internações clínicas, por sua vez, superaram a meta, totalizando 93 saídas frente às 65 pactuadas, equivalentes a 143,08%.

6.4.1 Formação e conversão da demanda cirúrgica

Para qualificar a análise da produção, foi apurada a conversão das primeiras consultas realizadas em agosto em AIHs geradas na mesma competência. O cruzamento considerou, cumulativamente, o mesmo número de prontuário nas duas bases, a primeira consulta e a AIH dentro de agosto de 2026, a data de geração da AIH igual ou posterior à consulta, a origem ambulatorial da autorização e a coincidência entre a especialidade do atendimento e a especialidade do solicitante registrada na AIH.

Especialidade coincidente nas duas bases	Primeiras consultas	AIHs vinculadas	Taxa de conversão
Cirurgia Geral	177	123	69,49%
Ginecologia e Obstetrícia	167	24	14,37%
Ortopedia e Traumatologia	227	77	33,92%
Cirurgia Vascular	204	54	26,47%
Otorrinolaringologia	34	18	52,94%
Oftalmologia	388	16	4,12%
Urologia	63	6	9,52%
Total	1.260	318	25,24%

A taxa global de conversão dentro da própria competência foi de 25,24%, com 318 AIHs vinculadas às 1.260 primeiras consultas. O resultado demonstra que aproximadamente um quarto dos atendimentos iniciais apresentou geração de AIH ainda em agosto. Essa taxa deve ser interpretada como indicador da conversão imediata, e não como resultado definitivo da coorte, uma vez que parte dos pacientes necessita cumprir uma jornada que inclui complementação diagnóstica, retorno à especialidade, avaliação de risco cirúrgico, consulta pré-anestésica e eventual adequação clínica antes da autorização da internação. Assim, pacientes atendidos em agosto podem gerar AIH e realizar o procedimento em competências posteriores.

A Cirurgia Geral apresentou a maior conversão imediata, de 69,49%, seguida pela Otorrinolaringologia, com 52,94%. Contudo, embora tenham sido identificadas 18 AIHs de Otorrinolaringologia vinculadas a primeiras consultas realizadas no mês, nenhuma cirurgia dessa especialidade foi registrada em agosto. A situação demonstra que a geração da AIH não representa, isoladamente, a efetiva realização do procedimento na mesma competência, sendo necessário acompanhar também o intervalo entre a autorização, o agendamento e o ato cirúrgico.

Na Ortopedia, a taxa de conversão foi de 33,92%, com 77 AIHs vinculadas a 227 primeiras consultas, enquanto a produção cirúrgica alcançou 158 procedimentos. A diferença indica que parcela relevante das cirurgias realizadas decorreu de pacientes preparados em competências anteriores ou admitidos por outros fluxos assistenciais, inclusive de urgência. Na Cirurgia Vascular, foram identificadas 54 AIHs vinculadas a 204 primeiras consultas, resultando em conversão de 26,47%, enquanto a produção alcançou 40 procedimentos. O resultado demonstra formação de demanda cirúrgica, embora ainda inferior ao volume potencial representado pelos atendimentos ambulatoriais.

A Urologia apresentou 63 primeiras consultas e apenas 6 AIHs coincidentes, correspondendo à conversão de 9,52%, apesar da realização de 45 cirurgias. O comportamento também sugere utilização de demanda preparada anteriormente, ao mesmo tempo em que evidencia baixa formação de nova demanda apta na competência.

Na Oftalmologia, foram realizadas 388 primeiras consultas, mas somente 16 apresentaram geração de AIH com coincidência da especialidade, correspondendo a 4,12% de conversão. Apenas 3 cirurgias foram executadas, o que confirma que a linha cirúrgica ainda não alcançou regularidade compatível com a meta pactuada.

6.4.2 Situação da Ginecologia Cirúrgica

O cenário da Ginecologia mostra-se particularmente preocupante. Embora tenham sido realizadas 167 primeiras consultas, somente 24 registros apresentaram geração de AIH dentro da mesma competência com coincidência da especialidade, resultando em taxa de conversão de 14,37%. A produção cirúrgica limitou-se a 16 procedimentos, correspondentes a 26,67% da meta mensal. Durante o cruzamento, também foram localizadas 75 AIHs de pacientes atendidas inicialmente na Ginecologia, mas registradas com “Cirurgia Geral” no campo relativo à especialidade do solicitante. Esses registros não foram considerados na conversão da Ginecologia nem da Cirurgia Geral, porque não atenderam ao critério de coincidência entre o atendimento de origem e a especialidade solicitante.

A divergência demanda avaliação específica pela unidade, pois pode decorrer de inconsistência cadastral, configuração inadequada do sistema, definição do profissional responsável pela solicitação ou particularidade do fluxo assistencial. Enquanto não esclarecida, a situação compromete a rastreabilidade da jornada ginecológica e pode produzir distorção na apuração da conversão por especialidade.

O baixo volume de cirurgias, diante da equipe médica disponível e da capacidade operatória instalada, vem ocasionando insatisfação entre os profissionais da especialidade. A manutenção desse cenário pode comprometer o engajamento da equipe, a continuidade da linha e o aproveitamento dos recursos mobilizados, razão pela qual a Ginecologia deve ser acompanhada de forma prioritária.

6.4.3 Condicionantes da produção cirúrgica

Por meio da CT nº 529201/2026, a AGIR comunicou que o HRD mantém oferta regular de consultas, exames e agendas cirúrgicas e dispõe de capacidade operacional para ampliação da produção eletiva. Entretanto, informou que a conversão da demanda ambulatorial em pacientes efetivamente aptos vem sendo afetada por perda primária, absenteísmo, necessidade de complementação diagnóstica e não conclusão das etapas do preparo pré-operatório.

Na primeira quinzena de agosto, a unidade registrou perda primária de 39% na Cirurgia Geral e absenteísmo de 40% na Ginecologia. Na avaliação de risco cirúrgico, foram agendados 243 pacientes, dos quais 130 compareceram e 113 faltaram, representando

absenteísmo de 46,5%. Na consulta pré-anestésica, o absenteísmo informado para o período de 1º a 30 de agosto foi de 34,4%.

As perdas podem ocorrer em diferentes pontos da jornada. O usuário pode não ocupar a vaga inicialmente disponibilizada no CORE, faltar à primeira consulta ou ao retorno, não comparecer aos exames complementares, à avaliação de risco cirúrgico ou à consulta pré-anestésica. Cada interrupção posterga a conclusão do preparo e reduz o número de pacientes disponíveis para preenchimento das agendas operatórias.

A unidade informou, ainda, que a confirmação dos pacientes de primeira consulta é realizada pelas Secretarias Municipais de Saúde de origem. A confirmação complementar anteriormente promovida pelo HRD foi interrompida na segunda quinzena de julho, em observância à orientação da SES/MS, por não constituir fluxo institucionalizado na rede. Segundo a AGIR, a interrupção coincidiu temporalmente com o aumento do absenteísmo, além de terem sido relatadas situações em que os usuários receberam a informação do agendamento com pouca antecedência.

A comunicação tardia pode dificultar a organização do deslocamento, especialmente para pacientes procedentes de outros municípios da macrorregião, que dependem de transporte sanitário, acompanhante e afastamento de suas atividades. Embora não seja possível mensurar isoladamente o peso dessa variável, a situação deve ser acompanhada em articulação com o CORE e as gestões municipais.

A AGIR também destacou a inexistência de banco suficiente de pacientes aptos, regulados e acompanhados das respectivas AIHs para programação imediata. A ausência desse estoque assistencial limita a reposição tempestiva de cancelamentos, inaptidões ou outras perdas do percurso e gera descompasso entre a capacidade cirúrgica disponibilizada e a demanda efetivamente preparada.

Esses fatores demonstram a existência de condicionantes externos ou de governabilidade compartilhada. Entretanto, também foram identificadas oportunidades de melhoria nos processos internos do HRD, especialmente quanto ao rastreamento das pendências, coordenação dos retornos, integração entre Policlínica, NIR e especialidades, geração tempestiva da AIH e programação imediata do paciente que concluiu o preparo.

6.4.4 Ações para otimização do fluxo pré-cirúrgico

Diante do baixo volume de procedimentos observado nas competências anteriores e das dificuldades identificadas na conversão dos atendimentos em AIH, foram discutidas com a gestão do HRD oportunidades de melhoria dos fluxos internos, com o objetivo de reduzir o tempo de formação da demanda cirúrgica apta e ampliar a ocupação das agendas operatórias.

Como desdobramento dessas análises, o HRD formalizou ação institucional integrada envolvendo Diretoria, NIR, Gerência Médica, Policlínica e áreas assistenciais e administrativas de apoio. A primeira ação foi programada para 22 de agosto, em formato de mutirão, com priorização dos pacientes que possuíam indicação cirúrgica, mas apresentavam pendências capazes de interromper ou retardar o percurso pré-operatório.

O planejamento contemplou agendas extraordinárias de ecocardiograma, avaliação de risco cirúrgico, consulta pré-anestésica, tomografia computadorizada e teste ergométrico, além da mobilização de enfermagem, especialidades cirúrgicas, laboratório, serviço de imagem, farmácia, e demais áreas necessárias à continuidade do fluxo.

Ao NIR foram atribuídas a identificação e priorização dos pacientes, o levantamento das pendências, o contato com os usuários, a articulação entre as áreas e o acompanhamento da evolução até a programação cirúrgica. À Gerência Médica couberam o alinhamento com as especialidades, a organização das equipes e a definição das prioridades assistenciais, enquanto a Policlínica ficou responsável pela operacionalização das agendas, atendimento dos pacientes e registro das pendências identificadas e resolvidas.

Nos dias 22 e 29 de agosto, foram realizados dois mutirões, que totalizaram 524 atendimentos e exames:

Atividade	22/08/2026	29/08/2026	Total
Consultas especializadas e avaliações	105	126	231
Exames de apoio diagnóstico	117	176	293
Total geral	222	302	524

A documentação demonstra que a iniciativa teve como finalidade atender pacientes que aguardavam exames e avaliações pré-operatórias, resolver pendências, ampliar o número de pacientes aptos, aumentar a programação cirúrgica, reduzir o intervalo entre avaliação, preparo e cirurgia e promover maior giro da fila eletiva.

No acompanhamento da proposta, a UMPH recomendou que essas medidas fossem incorporadas à rotina hospitalar, de forma a otimizar a ocupação da Policlínica, reduzir o número de deslocamentos dos pacientes e conferir maior efetividade às agendas. Outra ação de igual relevância foi a designação de colaborador do NIR no fluxo denominado *Pit Stop*, permitindo que a AIH seja providenciada ainda no ambiente ambulatorial, sempre que concluídas a indicação e as condições necessárias, favorecendo a programação da cirurgia com maior antecedência.

Embora pertinentes, os quantitativos de consultas e exames realizados não demonstram, isoladamente, a efetividade da estratégia. O resultado deverá ser aferido pelo acompanhamento nominal dos pacientes priorizados, identificando quantos concluíram as pendências, quantos foram considerados aptos, quantas AIHs foram geradas, quantas

cirurgias foram programadas e quantas foram efetivamente realizadas, além do tempo transcorrido entre cada etapa.

Como os mutirões ocorreram nos dois últimos sábados de agosto, parte dos seus efeitos deverá ser observada em setembro e nas competências subsequentes. A análise futura deverá verificar se houve aumento da conversão, redução do tempo de preparo e ampliação efetiva da produção cirúrgica, especialmente em Ginecologia, Urologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

A unidade também iniciou, em articulação com o Complexo Regulador Estadual, a captação de pacientes com AIHs oriundas do Hospital Universitário e solicitou apoio para formação de banco inicial de 420 pacientes aptos, assim distribuídos: 80 de Ortopedia, 80 de Cirurgia Geral, 80 de Ginecologia, 80 de Cirurgia Vascular e 100 de Urologia.

A constituição desse banco pode conferir maior previsibilidade à programação e permitir substituição tempestiva diante de cancelamentos ou inaptidões supervenientes. Entretanto, deve ser compreendida como estratégia transitória e complementar, sem substituir o fortalecimento da capacidade do próprio HRD de formar, preparar e converter sua demanda ambulatorial.

6.4.5 Perfil e complexidade dos procedimentos realizados

Os relatórios analíticos demonstram diversidade no perfil cirúrgico executado. Na Unidade I, foram registrados 374 procedimentos, distribuídos por porte da seguinte forma:

Porte cirúrgico	Quantidade	Participação
Pequeno porte	102	27,27%
Médio porte	175	46,79%
Grande porte	97	25,94%
Total	374	100,00%

A participação de 97 procedimentos de grande porte, equivalente a 25,94% da produção da Unidade I, demonstra que a atividade não esteve restrita a intervenções de baixa complexidade. Foram realizados procedimentos como artroplastias primárias e de revisão de quadril, artroplastias de joelho, reconstruções ligamentares, tratamento de fraturas complexas, laparotomias, revascularizações, ureterolitotripsias, ressecções endoscópicas e CPRE terapêutica. Entre os procedimentos de maior frequência na Unidade I destacaram-se:

Procedimento	Quantidade
Colecistectomia videolaparoscópica	64
Apendicectomia aberta e videolaparoscópica	22
Hernioplastia inguinal ou crural unilateral	18
Ureterolitotripsia transureteroscópica	16
CPRE terapêutica	15
Artroplastia total primária do quadril não cimentada ou híbrida	14
Retirada de fio ou pino intraósseo	11

Na Unidade II, foram contabilizados 79 procedimentos, com predomínio de tratamento cirúrgico unilateral de varizes, com 28 registros, e colecistectomia videolaparoscópica, com 24. Também foram realizadas colecistectomias abertas, hernioplastias e procedimentos ginecológicos, incluindo histerectomias, histeroscopias cirúrgicas, laqueaduras, tratamento de cistocele e tratamento de incontinência urinária.

A análise demonstra capacidade técnica para realização de procedimentos de diferentes portes e complexidades. Entretanto, a produção permaneceu concentrada em determinadas linhas e tipos de procedimento, sem aproveitamento homogêneo da capacidade disponível. O problema central não se restringe, portanto, à complexidade dos casos realizados, mas à formação insuficiente e irregular de demanda apta em todas as especialidades contratadas.

Os relatórios analíticos por procedimento totalizaram 453 registros, sendo 374 na Unidade I e 79 na Unidade II, enquanto o quadro consolidado utilizado na apuração contratual contabilizou 455 cirurgias. A diferença residual de dois registros deverá ser conciliada pela unidade, com identificação dos procedimentos e da origem da divergência antes do fechamento definitivo da base.

6.4.6 Aplicação da Matriz de Riscos

A documentação apresentada evidencia fatores que afetaram a formação e a disponibilização da demanda cirúrgica apta, entre eles perda primária, absenteísmo em diferentes etapas, necessidade de complementação diagnóstica, comunicação tardia dos agendamentos, inexistência de banco suficiente de pacientes preparados e dependência de articulação com a regulação estadual e os municípios.

Verificou-se nexos entre esses fatores e o baixo aproveitamento das agendas operatórias, razão pela qual foi reconhecida a incidência do risco contratual nº 14 nas linhas de Cirurgia Geral, Ginecologia, Ortopedia, Oftalmologia, Urologia, Cirurgia Vascular e Otorrinolaringologia. Para fins de performance, foram assumidos os quantitativos correspondentes às respectivas metas mensais.

A aplicação da Matriz de Riscos neutraliza o impacto financeiro decorrente dos fatores reconhecidos, mas não altera o resultado físico nem afasta a necessidade de acompanhamento e mitigação. O cenário torna-se preocupante quando a baixa produção persiste apesar da disponibilidade de equipes, estrutura e capacidade cirúrgica, pois pode produzir ociosidade, perda de eficiência, insatisfação e desmobilização dos profissionais.

Por essa razão, a permanência do risco deverá ser reavaliada mensalmente, com demonstração atualizada das causas, das ações adotadas, das pendências solucionadas, das AIHs disponíveis e da evolução da produção efetiva por especialidade. Também deverá ser

observada maior celeridade na condução dos fatores sob governabilidade do HRD, especialmente na organização dos fluxos internos, rastreamento nominal dos pacientes e programação imediata após a conclusão do preparo.

6.4.7 Medidas de mitigação e acompanhamento

Situação/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Baixa conversão global das primeiras consultas em AIH na mesma competência, de 25,24%	Implantar acompanhamento nominal por prontuário e especialidade, registrando primeira consulta, exames pendentes, retorno, risco cirúrgico, consulta pré-anestésica, geração da AIH, programação e realização da cirurgia; mensurar o tempo entre as etapas.
Perda primária e absenteísmo nas consultas, exames e avaliações pré-operatórias	Articular com CORE e Secretarias Municipais a comunicação tempestiva dos agendamentos; avaliar fluxo complementar institucionalizado de confirmação; manter convocação ativa, reaproveitamento de vagas e reagendamento prioritário dos faltosos.
Intervalo prolongado entre primeira consulta, preparo, geração da AIH e programação	Institucionalizar o fluxo integrado entre Policlínica, especialidades, NIR, diagnóstico, risco cirúrgico e anestesiologia; manter colaborador do NIR no <i>Pit Stop</i> para geração tempestiva da AIH ainda no ambiente ambulatorial.
Baixa produção e insatisfação da equipe de Ginecologia	Auditar os 75 registros em que a primeira consulta de Ginecologia foi associada a AIH solicitada por Cirurgia Geral; organizar banco nominal de pacientes ginecológicos; revisar pendências e estabelecer programação mínima e contínua da especialidade.
Baixa formação de nova demanda cirúrgica em Urologia e Oftalmologia	Identificar nominalmente os pacientes com indicação, AIH gerada e pendências de exames, insumos, equipamentos ou instrumentais; estabelecer cronograma para resolução e programação.
Existência de AIHs de Otorrinolaringologia sem produção cirúrgica em agosto	Verificar a situação das 18 AIHs vinculadas, identificando aptidão, pendências, datas previstas e eventuais impedimentos técnicos ou operacionais.
Ausência de banco suficiente de pacientes aptos	Prosseguir com a articulação junto ao CORE e ao Hospital Universitário para captação transitória de pacientes com AIH, sem substituir o fortalecimento do fluxo próprio de conversão do HRD.
Necessidade de comprovação da efetividade dos mutirões	Acompanhar nominalmente os pacientes atendidos nos dias 22 e 29 de agosto, registrando pendências solucionadas, aptidão, AIHs geradas, cirurgias programadas e realizadas e tempo entre as etapas.
Ociosidade da capacidade instalada e risco de desmobilização das equipes	Monitorar ocupação das salas, agendas por especialidade, cancelamentos e causas de não utilização; estabelecer programação compatível com a capacidade e o banco de pacientes disponível.
Divergência entre o consolidado contratual e os relatórios analíticos	Conciliar os 455 procedimentos contabilizados na produção consolidada com os 453 registros identificados nos relatórios por procedimento, corrigindo eventuais falhas de classificação ou extração.
Dependência recorrente da Matriz de Riscos	Reavaliar mensalmente a incidência do risco nº 14, exigindo evidências das causas, das providências adotadas e da evolução da produção física antes de nova neutralização do impacto contratual.

7. Monitoramento das Metas de Desempenho e Qualidade

7.1 Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde

Na competência de agosto de 2026, foram monitorados sete indicadores vinculados ao eixo Gestão da Atenção à Saúde. A Taxa de Mortalidade Institucional superior a 24 horas, o Tempo Médio de Permanência, a Taxa de Suspensão de Cirurgias, a Taxa de Reinternação em 30 dias e o Índice de Giro de Leitos alcançaram as respectivas metas contratuais. Dessa forma, a análise deste item concentra-se nos dois indicadores que apresentaram resultado inferior ao parâmetro estabelecido: Taxa de Ocupação Geral e Taxa de Ocupação da UTI Adulto.

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO%	Resultado apurado	Pontuação alcançada	Risco Identificado	Tipo do Risco	Pontuação assumida na performance
Taxa de Mortalidade Institucional > 24h	≤ 3%	10,00%	2,07%	✓ 10,00%	NÃO	NA	✓ 10,00%
Taxa de Ocupação Geral	≥ 85%	4,00%	76,25%	✗ 0,00%	SIM	14	✓ 4,00%
Taxa de Ocupação UTI Adulto	≥ 90%	4,00%	88,97%	✗ 0,00%	SIM	14	✓ 4,00%
Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5	4,00%	4,09	✓ 4,00%	NÃO	NA	✓ 4,00%
Taxa de suspensão de cirurgias	≤ 2%	5,00%	0,00%	✓ 5,00%	NÃO	NA	✓ 5,00%
Taxa de reinternação em 30 dias	≤ 2%	5,00%	0,00%	✓ 5,00%	NÃO	NA	✓ 5,00%
Índice de Giro de Leitos (vezes)	≥ 5	4,00%	5,96	✓ 4,00%	NÃO	NA	✓ 4,00%

A Taxa de Ocupação Geral alcançou 76,25% em agosto de 2026, permanecendo 8,75 pontos percentuais abaixo da meta contratual de 85%. Em julho, o indicador havia registrado 79,48%, de modo que houve redução de 3,23 pontos percentuais entre as competências. A análise por unidade demonstra comportamento heterogêneo da ocupação. A Unidade I apresentou taxa de 92,40%, resultado superior à meta e indicativo de elevada utilização dos leitos em funcionamento. Em contrapartida, a Unidade II registrou ocupação de apenas 18,10%, influenciando negativamente o resultado consolidado do Complexo.

Esse comportamento evidencia que o resultado global não decorreu de ociosidade uniforme da estrutura hospitalar. Enquanto a Unidade I operou acima do parâmetro contratual, a Unidade II permaneceu com baixa utilização, especialmente por sua dependência da formação de demanda cirúrgica eletiva e da efetiva conversão dos pacientes acompanhados no ambulatório em procedimentos e internações.

A ocupação da Unidade II está diretamente relacionada ao desempenho das linhas cirúrgicas. Conforme demonstrado no item 6.4, diversas especialidades apresentaram produção inferior às metas, especialmente Oftalmologia, Urologia, Ginecologia e Otorrinolaringologia. A baixa conversão da demanda ambulatorial em internações cirúrgicas, associada ao processo ainda recente de implantação de algumas linhas, à necessidade de conclusão da jornada pré-operatória e à insuficiência de demanda cirúrgica qualificada, reduziu a utilização dos leitos destinados à retaguarda dos procedimentos eletivos.

Além dos fatores relacionados à produção cirúrgica, o comportamento da demanda regulada pelo Sistema CORE também interferiu na ocupação hospitalar. Em agosto, foram contabilizados 3.297 registros, frente a 4.475 em julho, o que representa redução de 1.178 registros, ou 26,32%, no movimento regulatório.

Considerando a redução do volume regulatório e a insuficiente formação de demanda cirúrgica para a Unidade II, foi reconhecida a materialização do risco tipo 14. Esses fatores interferiram na utilização dos leitos e não se encontram integralmente sob governabilidade da CONTRATADA. Para fins de avaliação da performance, foi assumida a pontuação integral de 4,00% atribuída ao indicador.

Situação/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Ocupação geral de 76,25%, influenciada pela baixa utilização da Unidade II, pela redução do movimento regulatório e pela insuficiente conversão da demanda ambulatorial em internações cirúrgicas.	Monitorar separadamente a ocupação das Unidades I e II; acompanhar a relação entre oferta ambulatorial, pacientes aptos, AIH emitidas, cirurgias realizadas e internações efetivadas; manter interlocução com a Regulação Estadual para qualificação da demanda; acompanhar a formação das filas cirúrgicas por especialidade; e reavaliar os fluxos pré-operatórios para reduzir o tempo entre a primeira consulta e a cirurgia.

A Taxa de Ocupação da UTI Adulto atingiu 88,97% em agosto, ficando 1,03 ponto percentual abaixo da meta contratual de 90%. Em julho, o indicador havia alcançado 97,22%, verificando-se redução de 8,25 pontos percentuais entre as competências.

No período, a UTI Adulto contabilizou aproximadamente 250 pacientes-dia, com Tempo Médio de Permanência de 4,90 dias e movimentação compatível com o perfil assistencial registrado. A análise crítica apresentada pelo hospital atribuiu a redução da ocupação à menor quantidade de pacientes graves encaminhados pela Regulação Estadual e ao perfil dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, que, em sua maioria, apresentaram estabilidade clínica e não demandaram permanência em terapia intensiva no pós-operatório.

A interpretação do resultado deve considerar que a ocupação de leitos intensivos não pode ser artificialmente elevada apenas para atendimento da meta. A admissão e a permanência em UTI devem observar critérios clínicos e assistenciais, de modo que pacientes estáveis sejam direcionados a leitos de menor complexidade, preservando-se a disponibilidade da terapia intensiva para os casos que efetivamente necessitem desse nível de cuidado.

Ao mesmo tempo, a ocorrência de 41 Vagas Zero no período demonstra que houve demanda urgente e compulsória, inclusive por leitos intensivos. A análise individualizada evidencia solicitações para UTI Adulto e UTI Pediátrica, algumas precedidas de negativa por

indisponibilidade momentânea do leito compatível. Esse cenário demonstra que uma taxa consolidada ligeiramente inferior à meta pode coexistir com episódios de pressão assistencial e indisponibilidade pontual, especialmente porque a ocupação varia ao longo dos dias e conforme o perfil clínico dos pacientes.

A redução do volume de solicitações de vagas de urgência e emergência pela regulação, de 4.475 registros em julho para 3.297 em agosto, também deve ser considerada. Embora tenham aumentado os aceites, houve menor volume global de demanda intermediada pelo CORE e redução das Vagas Zero de 50 para 41 ocorrências. Consequentemente, o fluxo de pacientes graves encaminhados ao HRD não foi suficiente para manter a ocupação da UTI Adulto no mesmo patamar observado em julho.

Diante da proximidade do resultado com a meta, da dependência do indicador em relação ao perfil e à gravidade da demanda regulada e da impossibilidade de manter pacientes em terapia intensiva sem indicação clínica, foi reconhecida a materialização do risco tipo 14. Para fins de avaliação da performance, foi assumida a pontuação integral de 4,00% correspondente ao indicador.

7.2 Indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Na competência de agosto de 2026, foram monitorados nove indicadores vinculados ao eixo Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente. A Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação, a Taxa de Avaliação do Risco de Quedas e de Lesão por Pressão, a Taxa de Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura, a Incidência de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas, as taxas de adesão aos bundles de prevenção de IPCS, ITU e PAVM e o Índice de Satisfação do Usuário alcançaram as respectivas metas.

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO%	Resultado apurado	Pontuação alcançada	Risco Identificado	Tipo do Risco	Pontuação assumida na performance
Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação	100%	4,00%	 100,00%	 4,00%	NÃO	NA	 4,00%
Taxa de Avaliação do Risco de Quedas e de LPP	100%	4,00%	 100,00%	 4,00%	NÃO	NA	 4,00%
Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância	100%	4,00%	 97,75%	 0,00%	SIM	4	 4,00%
Taxa de Adesão ao “Checklist” de Cirurgia Segura	≥ 98%	5,00%	 99,56%	 5,00%	NÃO	NA	 5,00%
Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas	≤ 3%	5,00%	 0,00%	 5,00%	NÃO	NA	 5,00%
Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de IPCS	100%	4,00%	 100,00%	 4,00%	NÃO	NA	 4,00%
Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de ITU	100%	4,00%	 100,00%	 4,00%	NÃO	NA	 4,00%
Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de PAVM	100%	4,00%	 100,00%	 4,00%	NÃO	NA	 4,00%
Índice de Satisfação do Usuário	≥ 90%	10,00%	 96,07%	 10,00%	NÃO	NA	 10,00%

Dessa forma, a análise deste item concentra-se exclusivamente na Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância, único indicador do bloco que não alcançou o parâmetro contratual.

O indicador alcançou 97,75%, ficando 2,25 pontos percentuais abaixo da meta contratual de 100%. Embora o resultado demonstre elevada adesão ao protocolo de segurança medicamentosa, a natureza do indicador exige conformidade integral, uma vez que a dupla checagem constitui barreira de segurança destinada à prevenção de erros na administração de medicamentos potencialmente perigosos. Na competência, foram avaliadas 2.670 administrações de medicamentos de alta vigilância, das quais 2.610 apresentaram registro de dupla checagem, permanecendo 60 administrações apontadas pelo sistema como não conformes.

Unidade	Administrações avaliadas	Registros com dupla checagem	Registros apontados como pendentes	Resultado
Unidade I	2.616	2.556	60	97,71%
Unidade II	54	54	0	100,00%
Complexo	2.670	2.610	60	97,75%

As 60 pendências ficaram concentradas na Unidade I. Entretanto, a análise não deve se limitar à leitura automática do relatório extraído do sistema, pois a auditoria interna realizada por amostragem nos prontuários identificou inconsistências relacionadas à parametrização do prontuário eletrônico e ao encerramento das prescrições após a saída do paciente. Entre as situações verificadas, foram identificados dez pacientes cujas prescrições permaneceram gerando pendências de checagem depois do registro de alta hospitalar ou óbito:

Situação verificada	Quantidade de pacientes	Pendências identificadas
Prescrições mantidas após alta hospitalar	8	11
Prescrições mantidas após óbito	2	3
Total da amostra	10	14

As 14 pendências encontradas na auditoria corresponderam a registros de insulina, heparina, morfina e glicose lançados para horários posteriores à alta ou ao óbito. Essas ocorrências representam 23,33% das 60 pendências apontadas pelo sistema e não poderiam corresponder a administrações efetivamente realizadas, uma vez que os pacientes já não se encontravam em acompanhamento assistencial ativo na unidade.

Também foram verificadas inconsistências relacionadas às prescrições de medicamentos de alta vigilância na modalidade “se necessário” ou SOS. Nesses casos, embora a administração dependa de indicação clínica, o sistema efetua o aprazamento automático e gera uma

pendência de dupla checagem mesmo quando o medicamento não foi administrado. Assim, a ausência de checagem pode refletir tanto uma não conformidade assistencial real quanto uma administração não realizada ou uma prescrição que deveria ter sido encerrada pelo sistema após a alta ou o óbito.

As evidências técnicas demonstram, portanto, que o resultado de 97,75% foi influenciado por três situações distintas:

- falha na suspensão ou no encerramento das prescrições após alta ou óbito;
- aprazamento automático de medicamentos prescritos na modalidade SOS, mesmo sem administração;
- inconsistências na vinculação e no registro da dupla checagem no prontuário eletrônico.

Foram apresentados como evidência os chamados de Tecnologia da Informação nº 470847, 493543 e 505475, relacionados, respectivamente, ao não registro da dupla checagem no Pronto-Socorro, a inconsistências no processo de dupla checagem e à permanência, no sistema do Pronto-Socorro, de pendências originadas na Unidade de Internação. Os chamados demonstram que as falhas foram formalmente comunicadas à área responsável e não decorreram apenas de alegação posterior ao resultado do indicador.

A auditoria também evidencia que o cálculo automático não diferenciou as pendências decorrentes de falha de registro assistencial daquelas geradas após alta ou óbito ou relacionadas a medicamentos não administrados. Essa limitação compromete a representação fiel do processo assistencial e estabelece nexo entre a falha sistêmica e o resultado inferior à meta.

Não obstante, a existência de falhas de parametrização não afasta integralmente a necessidade de aperfeiçoamento dos processos internos. A própria análise crítica da Contratada reconheceu oportunidades de melhoria quanto ao registro oportuno da dupla checagem pelas equipes assistenciais. Portanto, as pendências remanescentes devem ser analisadas individualmente, a fim de distinguir:

- administração realizada com dupla checagem, mas sem registro adequadamente capturado pelo sistema;
- medicamento prescrito, porém não administrado por ausência de indicação clínica;
- prescrição mantida indevidamente após alta, transferência ou óbito; e
- administração efetivamente realizada sem o registro da dupla checagem.

Essa classificação é necessária para que o indicador seja utilizado como instrumento de segurança, e não apenas como medida de completude do prontuário eletrônico. Como elemento complementar, o boletim do Núcleo de Segurança do Paciente registrou 28.581 administrações de medicamentos em agosto, sem notificação de erro de administração.

Embora esse resultado não substitua a necessidade da dupla checagem nem descarte a possibilidade de subnotificação, não foram identificados eventos adversos relacionados às pendências analisadas. As inconformidades encontradas concentraram-se predominantemente na parametrização, na manutenção indevida de prescrições e na rastreabilidade documental do processo.

Diante da documentação apresentada, foi reconhecida a materialização do risco tipo 4, com nexo entre as inconsistências do sistema informatizado e o resultado do indicador. Para fins da performance contratual, foi assumida a pontuação integral de 4,00%. A neutralização do impacto financeiro, contudo, não afasta a responsabilidade da Contratada pela correção definitiva do processo.

A manutenção desse risco deve ser temporária e condicionada à comprovação das providências técnicas, à correção das regras de parametrização e à demonstração de que as pendências remanescentes correspondem efetivamente a falhas sistêmicas, e não à inobservância do protocolo assistencial.

Situação/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Prescrições e aprazamentos mantidos após alta hospitalar, transferência ou óbito, gerando pendências indevidas de dupla checagem.	Corrigir a integração entre alta, óbito, transferência e encerramento da prescrição; implementar bloqueio ou suspensão automática dos aprazamentos posteriores à saída do paciente; e validar a correção mediante testes controlados nos diferentes setores.
Aprazamento automático de medicamentos de alta vigilância prescritos na modalidade SOS, mesmo quando não administrados por ausência de indicação clínica.	Revisar a parametrização das prescrições SOS; diferenciar medicamento não administrado por ausência de indicação de pendência real de checagem; e definir registro padronizado para não administração, com justificativa clínica rastreável.
Falhas de vinculação ou captura da dupla checagem no prontuário eletrônico, inclusive pendências atribuídas ao setor incorreto.	Acompanhar a resolução dos chamados de TI nº 470847, 493543 e 505475; testar o funcionamento por unidade assistencial; documentar a causa-raiz, a correção implantada e a validação pelos usuários; e manter evidência das tratativas no sistema institucional.
Possibilidade de coexistência de falha sistêmica e ausência real do registro assistencial da dupla checagem.	Manter auditoria amostral mensal dos prontuários; confrontar prescrição, dispensação, administração, alta e óbito; classificar individualmente as pendências; realizar devolutiva às equipes; e reforçar a obrigatoriedade do registro da dupla checagem antes da administração dos medicamentos de alta vigilância.

7.3 Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária

Na competência de agosto de 2026, os indicadores de Liquidez Corrente, Liquidez Seca, Liquidez Imediata e Comprometimento da Receita em relação às despesas de curto e longo prazo atenderam aos respectivos parâmetros contratuais. Dessa forma, a análise concentra-se no Percentual de Aprovação em Primeira Análise no SIPEF, único indicador do bloco que não alcançou a faixa necessária para obtenção da pontuação integral.

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO%	Resultado apurado	Pontuação alcançada	Risco Identificado	Tipo do Risco	Pontuação assumida na performance
Índice de Liquidez Corrente	≥ 1	2,00%	 1	 2,00%	NÃO	NA	 2,00%
Índice de Liquidez Seca	≥ 1	2,00%	 1	 2,00%	NÃO	NA	 2,00%
Comprometimento da Receita em relação às despesas de longo prazo	≤ 1	1,50%	 1	 1,50%	NÃO	NA	 1,50%
Índice de Liquidez Imediata	≥ 1	1,50%	 1	 1,50%	NÃO	NA	 1,50%
Comprometimento da Receita em relação às despesas de curto prazo	≥ 1	1,50%	 1	 1,50%	NÃO	NA	 1,50%
Percentual de Aprovação em primeira análise no SIPEF	(≥ 76% = 1,5%; 51% ≤ 75% = 0,50% OU ≤ 50% = 0%)	1,50%	 63,72%	 0,50%	NÃO	NA	 0,50%

O indicador alcançou 63,72%, situando-se na faixa intermediária de desempenho, estabelecida para resultados entre 51% e 75%. Por essa razão, foram atribuídos 0,50% dos 1,50% previstos para o indicador. Conforme o relatório quantitativo do SIPEF, foram transmitidos e examinados 736 itens, sem pendências de análise inicial. Desse total, 469 foram aprovados sem restrição, enquanto 267 foram diligenciados.

Resultado da análise no SIPEF	Quantidade	Percentual
Itens transmitidos	736	100,00%
Itens examinados	736	100,00%
Aprovados sem restrição na primeira análise	469	63,72%
Itens diligenciados	267	36,28%

O desempenho evidencia necessidade de aprimorar a conferência prévia das informações e dos documentos inseridos no SIPEF. A elevada proporção de itens diligenciados aumenta o retrabalho das equipes, prolonga o tempo de análise e reduz a tempestividade do acompanhamento da execução financeira e orçamentária. Não foi identificado risco contratual aplicável. Assim, permanece a pontuação de 0,50%, correspondente à faixa efetivamente alcançada.

7.4 Indicadores de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Na competência de agosto de 2026, os indicadores de Rotatividade e Satisfação dos Colaboradores CLT alcançaram as respectivas metas. Também atenderam ao parâmetro contratual os índices de treinamento dos grupos de Enfermagem, Equipe Multiprofissional, Áreas de Apoio Assistencial e Área de Apoio Administrativo com interface com o usuário.

O único indicador do bloco que não atingiu a meta foi o Índice de Treinamento do Grupo Médico, com resultado de 0,41%, frente ao parâmetro mínimo de 95%. O Índice de Treinamento do Grupo Médico alcançou 0,41%, ficando substancialmente abaixo da meta contratual de 95%. Em julho, o resultado havia sido de 0,75%, verificando-se redução de 0,34 ponto percentual na competência.

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO%	Resultado apurado	Pontuação alcançada	Risco Identificado	Tipo do Risco	Pontuação assumida na performance
Índice de Rotatividade dos Colaboradores CLT	≤ 4%	2,50%	3,91%	2,50%	NÃO	NA	2,50%
Índice de Satisfação dos Colaboradores CLT	≥ 85%	2,50%	92,36%	2,50%	NÃO	NA	2,50%
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Enfermagem	≥ 95%	1,00%	386,00%	1,00%	NÃO	NA	1,00%
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Equipe Multiprofissional	≥ 95%	1,00%	164,00%	1,00%	NÃO	NA	1,00%
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Áreas de Apoio Assistencial	≥ 95%	1,00%	165,00%	1,00%	NÃO	NA	1,00%
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Médicos	≥ 95%	1,00%	0,41%	0,00%	NÃO	NA	0,00%
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Área de Apoio Administrativa (interface com o usuário)	≥ 95%	1,00%	179,00%	1,00%	NÃO	NA	1,00%

O desempenho manteve o corpo clínico como principal ponto crítico do eixo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Enquanto os demais grupos profissionais apresentaram resultados superiores à meta, o indicador médico permaneceu em patamar reduzido e sem evolução suficiente para atendimento do parâmetro contratual. A análise requer, entretanto, a diferenciação entre duas questões: a baixa participação ou o reduzido volume de horas médicas em atividades de capacitação e as limitações da própria metodologia contratual de aferição.

A metodologia vigente relaciona as horas de treinamento às horas trabalhadas pelos profissionais. Sua aplicação ao corpo clínico apresenta limitações em razão das diferentes formas de vínculo, da prestação de serviços por empresas médicas, das escalas variáveis, das jornadas distintas e da circulação dos profissionais entre especialidades e unidades. Essas características dificultam a consolidação uniforme das horas trabalhadas e das horas de capacitação, além de reduzirem a comparabilidade com os grupos formados predominantemente por colaboradores contratados pelo regime CLT.

Os resultados superiores a 100% observados em outros grupos também demonstram que a metodologia mensura volume ou intensidade das participações registradas, mas não necessariamente a cobertura individual dos profissionais elegíveis. Um mesmo colaborador pode participar de diferentes ações no período, enquanto outro pode não participar de nenhuma, sem que o percentual permita identificar diretamente essa distribuição.

No caso do corpo clínico, o resultado de 0,41% não permite concluir, isoladamente, que apenas essa proporção dos médicos tenha sido capacitada. O índice reflete a relação entre as horas de treinamento registradas e a base de horas trabalhadas considerada no cálculo. Ainda assim, o resultado evidencia insuficiência das ações registradas e da capacidade de mobilização, comprovação e rastreamento da participação médica nas atividades de educação permanente.

A inadequação metodológica já havia sido identificada nas competências anteriores e encontra-se em processo de revisão técnica. A proposta em análise prevê substituir a lógica baseada em horas de treinamento por um Índice de Conformidade do Treinamento do Corpo Clínico, calculado a partir da proporção de médicos elegíveis que concluíram os treinamentos obrigatórios aplicáveis ao seu perfil e previstos em Plano Institucional Anual de Treinamentos.

A nova metodologia deverá definir claramente:

- os profissionais médicos elegíveis;
- os treinamentos obrigatórios por perfil, especialidade e área de atuação;
- a periodicidade de cada capacitação;
- o numerador e o denominador do indicador;
- os critérios aplicáveis aos diferentes vínculos médicos;
- as fontes documentais de comprovação; e
- a forma de acompanhamento acumulado durante o exercício.

Essa sistemática tende a representar melhor a cobertura efetiva das capacitações e a aderência do corpo clínico aos conteúdos institucionais prioritários, especialmente aqueles relacionados à segurança do paciente, protocolos assistenciais, uso dos sistemas, notificações, cirurgia segura, prescrição segura, prevenção de infecções e resposta às emergências. A revisão metodológica, contudo, não afasta a responsabilidade da Contratada pela execução das ações de educação permanente enquanto permanecer vigente o indicador atual. A unidade deve continuar promovendo treinamentos, adequando horários e formatos às escalas médicas e ampliando a rastreabilidade das participações.

Não foi identificado risco contratual aplicável. Assim, considerando a metodologia vigente e o resultado de 0,41%, o indicador não computou o peso de 1,00% na competência. Eventual alteração da metodologia deverá produzir efeitos apenas prospectivos, após aprovação e formalização no instrumento contratual, sem reprocessamento retroativo do resultado de agosto.

8. Síntese Geral da Performance e Memória de Cálculo

A consolidação da competência agosto de 2026 considera, de forma integrada, o cumprimento das metas de produção e dos indicadores de qualidade e desempenho, distinguindo-se o resultado efetivamente apurado do tratamento contratual decorrente da Matriz de Riscos. Nos casos em que houve aplicação da Matriz, o resultado originalmente apurado permanece preservado para fins de transparência e rastreabilidade, sendo ajustada exclusivamente sua repercussão sobre a performance contratual.

8.1 Metas de Produção

No componente de produção, após a análise individual das atividades e a aplicação da Matriz de Riscos nos casos devidamente caracterizados, todos os grupos assistenciais alcançaram 100% ou mais da performance considerada para fins de repasse.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	PESO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	VALOR DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL SOBRE O VALOR TOTAL DAS METAS DE PRODUÇÃO	META DO GRUPO	QTDE CONSIDERADA NA PERFORMANCE	ALCANCE DA META %	REPERCUSSÃO FINANCEIRA DO GRUPO	RETENÇÃO APURADA CONFORME SISTEMÁTICA
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	5%	R\$ 200.616,74	3.216	3.560	↑ 110,70%	R\$ 200.616,74	R\$ -
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS	5%	R\$ 200.616,74	120	187	↑ 155,83%	R\$ 200.616,74	R\$ -
EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO	15%	R\$ 601.850,21	2.910	3.007	↑ 103,33%	R\$ 601.850,21	R\$ -
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA	20%	R\$ 802.466,95	181	181	↑ 100,00%	R\$ 802.466,95	R\$ -
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE OFTALMOLOGIA	10%	R\$ 401.233,47	238	238	↑ 100,00%	R\$ 401.233,47	R\$ -
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE GINECOLOGIA E CIRURGIA GERAL	15%	R\$ 601.850,21	295	295	↑ 100,00%	R\$ 601.850,21	R\$ -
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE UROLOGIA	10%	R\$ 401.233,47	230	230	↑ 100,00%	R\$ 401.233,47	R\$ -
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE OUTRAS ESPECIALIDADES	10%	R\$ 401.233,47	125	125	↑ 100,00%	R\$ 401.233,47	R\$ -
INTERNAÇÕES CLÍNICAS	10%	R\$ 401.233,47	65	93	↑ 143,08%	R\$ 401.233,47	R\$ -
100%	R\$	4.012.334,73				R\$ 4.012.334,73	R\$ -

Destacam-se os resultados superiores à meta no Ambulatório de Especialidades Médicas, com 110,70%; no Ambulatório de Especialidades Não Médicas, com 155,83%; nos Exames de Apoio Diagnóstico, com 103,33%; e nas Internações Clínicas, com 143,08%. Nas atividades cuja produção efetiva ficou abaixo das metas, foram considerados os fatos geradores e as quantidades assumidas na performance, conforme detalhado nos itens anteriores. A superação das metas não implica acréscimo financeiro acima do valor máximo destinado a cada grupo, permanecendo o repasse limitado ao respectivo peso contratual.

Componente	Valor contratual	Repercussão financeira	Retenção
Metas de Produção	R\$ 4.012.334,73	R\$ 4.012.334,73	R\$ 0,00

Dessa forma, o componente de produção alcançou **100%** da performance financeira prevista, sem retenção na competência.

8.2 Indicadores de Qualidade e Desempenho

Os indicadores qualitativos totalizam 100 pontos percentuais, correspondentes a R\$ 1.337.444,91. A apuração direta dos resultados alcançou 86 pontos percentuais. Após a análise da Matriz de Riscos, foram reconhecidos mais 12 pontos percentuais, referentes a:

- Taxa de Ocupação Geral: 4,00%, com aplicação do risco nº 14;
- Taxa de Ocupação da UTI Adulto: 4,00%, com aplicação do risco nº 14;
- Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância: 4,00%, com aplicação do risco nº 4.

A performance qualitativa final correspondeu, portanto, a 98,00%. Permaneceram com repercussão financeira os seguintes indicadores:

Indicador	Tratamento	Retenção
Aprovação em Primeira Análise no SIPEF – 63,72%	Pontuação parcial de 0,50% dos 1,50% previstos	R\$ 13.374,45
Treinamento do Grupo Médico – 0,41%	Meta não atingida conforme metodologia contratual vigente	R\$ 13.374,45
Total		R\$ 26.748,90

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO%	VALOR DO INDICADOR	Resultado apurado	Pontuação alcançada	Risco Identificado	Tipo do Risco	Pontuação assumida na performance	Repercussão financeira	Retenção apurada
Taxa de Mortalidade Institucional > 24h	≤ 3%	10,00%	R\$ 133.744,49	2,07%	10,00%	NÃO	NA	10,00%	R\$ 133.744,49	R\$ -
Taxa de Ocupação Geral	≥ 85%	4,00%	R\$ 53.497,80	76,25%	0,00%	SIM	14	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de Ocupação UTI Adulto	≥ 90%	4,00%	R\$ 53.497,80	88,97%	0,00%	SIM	14	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5	4,00%	R\$ 53.497,80	4,09	4,00%	NÃO	NA	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de suspensão de cirurgias	≤ 2%	5,00%	R\$ 66.872,25	0,00%	5,00%	NÃO	NA	5,00%	R\$ 66.872,25	R\$ -
Taxa de reinternação em 30 dias	≤ 2%	5,00%	R\$ 66.872,25	0,00%	5,00%	NÃO	NA	5,00%	R\$ 66.872,25	R\$ -
Índice de Giro de Leitos (vezes)	≥ 5	4,00%	R\$ 53.497,80	5,96	4,00%	NÃO	NA	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	100,00%	4,00%	NÃO	NA	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de Avaliação do Risco de Quedas e de LPP	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	100,00%	4,00%	NÃO	NA	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	97,75%	0,00%	SIM	4	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de Adesão ao “Checklist” de Cirurgia Segura	≥ 98%	5,00%	R\$ 66.872,25	99,56%	5,00%	NÃO	NA	5,00%	R\$ 66.872,25	R\$ -
Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas	≤ 3%	5,00%	R\$ 66.872,25	0,00%	5,00%	NÃO	NA	5,00%	R\$ 66.872,25	R\$ -
Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de IPCS	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	100,00%	4,00%	NÃO	NA	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de ITU	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	100,00%	4,00%	NÃO	NA	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de PAVM	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	100,00%	4,00%	NÃO	NA	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Índice de Satisfação do Usuário	≥ 90%	10,00%	R\$ 133.744,49	96,07%	10,00%	NÃO	NA	10,00%	R\$ 133.744,49	R\$ -
Índice de Liquidez Corrente	≥ 1	2,00%	R\$ 26.748,90	1	2,00%	NÃO	NA	2,00%	R\$ 26.748,90	R\$ -
Índice de Liquidez Seca	≥ 1	2,00%	R\$ 26.748,90	1	2,00%	NÃO	NA	2,00%	R\$ 26.748,90	R\$ -
Comprometimento da Receita em relação às despesas de longo prazo	≤ 1	1,50%	R\$ 20.061,67	1	1,50%	NÃO	NA	1,50%	R\$ 20.061,67	R\$ -
Índice de Liquidez Imediata	≥ 1	1,50%	R\$ 20.061,67	1	1,50%	NÃO	NA	1,50%	R\$ 20.061,67	R\$ -
Comprometimento da Receita em relação às despesas de curto prazo	≥ 1	1,50%	R\$ 20.061,67	1	1,50%	NÃO	NA	1,50%	R\$ 20.061,67	R\$ -
Percentual de Aprovação em primeira análise no SIPEF	(≥ 76% = 1,5%; 51% ≤ 75% = 0,50% OU ≤ 50% = 0%)	1,50%	R\$ 20.061,67	63,72%	0,50%	NÃO	NA	0,50%	R\$ 6.687,22	-R\$ 13.374,45
Índice de Rotatividade dos Colaboradores CLT	≤ 4%	2,50%	R\$ 33.436,12	3,91%	2,50%	NÃO	NA	2,50%	R\$ 33.436,12	R\$ -
Índice de Satisfação dos Colaboradores CLT	≥ 85%	2,50%	R\$ 33.436,12	92,36%	2,50%	NÃO	NA	2,50%	R\$ 33.436,12	R\$ -
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Enfermagem	≥ 95%	1,00%	R\$ 13.374,45	386,00%	1,00%	NÃO	NA	1,00%	R\$ 13.374,45	R\$ -
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Equipe Multiprofissional	≥ 95%	1,00%	R\$ 13.374,45	164,00%	1,00%	NÃO	NA	1,00%	R\$ 13.374,45	R\$ -
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Áreas de Apoio Assistencial	≥ 95%	1,00%	R\$ 13.374,45	165,00%	1,00%	NÃO	NA	1,00%	R\$ 13.374,45	R\$ -
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Médicos	≥ 95%	1,00%	R\$ 13.374,45	0,41%	0,00%	NÃO	NA	0,00%	R\$ -	-R\$ 13.374,45
Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Área de Apoio Administrativa (interface com o usuário)	≥ 95%	1,00%	R\$ 13.374,45	179,00%	1,00%	NÃO	NA	1,00%	R\$ 13.374,45	R\$ -
			100,00%	R\$ 1.337.444,91				98,00%	R\$ 1.310.696,01	-R\$ 26.748,90

A memória de cálculo do componente qualitativo corresponde a:

$$\text{R\$ 1.337.444,91} - \text{R\$ 26.748,90} = \text{R\$ 1.310.696,01.}$$

8.3 Resultado Geral da Performance

O valor mensal do Contrato de Gestão para a competência agosto de 2026 corresponde a R\$ 13.374.449,10, sendo composto por 60% de parcela fixa e 40% de parcela variável. A avaliação de performance incide sobre a parcela variável, subdividida entre Metas de Produção e Metas de Desempenho e Qualidade.

Componente	Percentual do contrato	Valor previsto	Valor após apuração da performance	Retenção
Parcela Fixa	60%	R\$ 8.024.669,46	R\$ 8.024.669,46	R\$ 0,00
Metas de Produção	30%	R\$ 4.012.334,73	R\$ 4.012.334,73	R\$ 0,00
Metas de Desempenho e Qualidade	10%	R\$ 1.337.444,91	R\$ 1.310.696,01	R\$ 26.748,90
Total	100%	R\$ 13.374.449,10	R\$ 13.347.700,20	R\$ 26.748,90

Assim, a memória de cálculo final corresponde a:

$$\text{R\$ 13.374.449,10} - \text{R\$ 26.748,90} = \text{R\$ 13.347.700,20}.$$

Portanto, para a competência agosto de 2026, o valor total resultante da apuração da performance corresponde a R\$ 13.347.700,20, com retenção financeira de R\$ 26.748,90.

9. Registros de caso e Plano de Trabalho

A partir dos achados da competência agosto de 2026, procedeu-se à revisão do Plano de Trabalho estabelecido no mês anterior. Foram mantidas as ações cujos fatos geradores permanecem ativos, atualizadas aquelas que apresentaram mudança de cenário e incluída ação específica para o treinamento do corpo clínico, considerando o resultado crítico do indicador. As ações foram reorganizadas por prioridade, considerando a relevância assistencial, a repercussão sobre a performance contratual e a necessidade de redução progressiva da dependência da Matriz de Riscos.

Nº	Ação macro para monitoramento	Problema relacionado	Foco estratégico
1	Implantar acompanhamento sistemático do fluxo cirúrgico eletivo e da utilização da Unidade II	Produção cirúrgica abaixo das metas em diferentes especialidades, baixa conversão da demanda ambulatorial e ocupação de 18,10% na Unidade II	Acompanhar a jornada consulta → exames → avaliação pré-operatória → AIH → programação → internação → cirurgia, identificando gargalos, perdas e responsabilidades
2	Fortalecer o controle da perda primária, da perda secundária e do absenteísmo em consultas e exames	Persistência de vagas ofertadas no CORE não convertidas em agendamento, programações internas não ocupadas e elevado absenteísmo em diferentes linhas assistenciais	Otimizar a capacidade instalada, qualificar o acesso e direcionar medidas por especialidade, procedimento, origem da agenda e município
3	Qualificar o gerenciamento dos leitos e o acompanhamento da demanda regulada pelo Sistema CORE	Taxa de Ocupação Geral de 76,25%, ocupação da UTI Adulto de 88,97%, utilização desigual entre as unidades e registro de 41 Vagas Zero	Integrar ocupação, perfil dos leitos, vagas apresentadas, aceites, recusas, admissões efetivadas e Vagas Zero, preservando a capacidade de resposta às demandas críticas
4	Acompanhar a consolidação das linhas assistenciais e a regularização dos equipamentos, insumos e instrumentais pendentes	Linhas formalmente implantadas, porém ainda com oferta parcial em razão de pendências técnicas, aquisições em andamento e fluxos assistenciais não totalmente estabilizados	Assegurar completude das linhas, funcionamento dos equipamentos, disponibilidade de insumos e redução progressiva da aplicação da Matriz de Riscos
5	Acompanhar a correção das inconsistências da dupla checagem no Sistema MV e	Resultado de 97,75%, com pendências geradas após alta ou óbito, aprazamento automático de	Corrigir a parametrização, distinguir falha assistencial de inconsistência sistêmica e

Nº	Ação macro para monitoramento	Problema relacionado	Foco estratégico
	manter auditoria amostral dos prontuários	medicamentos SOS e falhas de vinculação dos registros	assegurar rastreabilidade e segurança na administração de medicamentos de alta vigilância
6	Intensificar a vigilância e as auditorias dos bundles de prevenção de IRAS, com prioridade para a UTI Pediátrica	Identificação de agrupamento de casos de PAV por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> na UTI Pediátrica e divergências entre o boletim da CCIRAS e os resultados consolidados dos indicadores contratuais	Avaliar a efetividade das barreiras preventivas, investigar o agrupamento, fortalecer a vigilância microbiológica e conciliar os indicadores de processo e resultado
7	Qualificar os processos de faturamento, AIH e prestação de contas no SIPEF	Aprovação de 63,72% em primeira análise, com 267 itens diligenciados e 266 ainda sem resposta na data de emissão do relatório	Reduzir diligências e rejeições, melhorar a qualidade documental, responder tempestivamente às pendências e fortalecer a sustentabilidade administrativo-financeira
8	Instituir conciliação mensal das bases e memórias de cálculo antes da consolidação do Relatório de Performance	Permanência de divergências entre relatórios, boletins, sistemas e análises críticas, inclusive quanto a períodos, numeradores, denominadores e classificação dos resultados	Fortalecer a governança da informação, a rastreabilidade da apuração e a consistência dos dados encaminhados para avaliação da performance
9	Manter o acompanhamento dos Protocolos de Sepse, Deterioração Clínica e Alerta Eletrônico, incorporando os indicadores definidos pela Comissão de Revisão de Óbitos	Embora a mortalidade tenha alcançado 2,07% em agosto, os protocolos permanecem em processo de consolidação e o histórico recente demonstra necessidade de monitoramento continuado	Sustentar o resultado alcançado, identificar precocemente a deterioração clínica e qualificar as análises de mortalidade e as medidas preventivas

10. Emendas Parlamentares em Execução

Abaixo, segue tabela com status de execução das emendas parlamentares previstas para o HRD:

TIPO	PROPOSTA	PORTARIA	TIPO DE PROCEDIMENTO	Código SIGTAP	Descrição do Procedimento	Qtde/ano Portaria	Valor und	Valor anual	Jan a ago 2026	Taxa de Execução do período
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	200	1694,04	R\$ 338.808,00	60	30,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	17	1130,64	R\$ 19.220,88	3	17,65%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.03.041-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	7	7143,68	R\$ 50.005,76	2	28,57%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	1	6541,08	R\$ 6.541,08	2	200,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	60	5340,24	R\$ 320.414,40	15	25,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	4	9616,56	R\$ 38.466,24	16	400,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	60	7961,81	R\$ 477.708,60	10	16,67%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	50	5914,23	R\$ 295.711,50	26	52,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	10	8828,8	R\$ 88.288,00	1	10,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	20	5622,68	R\$ 112.453,60	16	80,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	110	7800,69	R\$ 858.075,90	27	24,55%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	19	6408,72	R\$ 121.765,68	1	5,26%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.034-9	REVISÃO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO	7	1378,08	R\$ 9.646,56	4	57,14%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMÁE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	1	1073,68	R\$ 1.073,68	1	100,00%

11. Considerações Finais

Em síntese, a competência agosto de 2026 apresentou desempenho ainda heterogêneo e aquém do esperado, uma vez que o alcance integral do componente de produção e a performance qualitativa final de 98,00% somente foram obtidos após a aplicação da Matriz de Riscos em diferentes atividades e indicadores, devendo-se distinguir, portanto, o resultado efetivamente realizado daquele considerado para fins de repercussão contratual.

Embora tenham sido observadas evoluções importantes em relação à competência anterior, especialmente na Taxa de Mortalidade Institucional, que atingiu 2,07%, permanecem fragilidades relevantes na conversão da demanda em produção assistencial, na utilização da capacidade instalada e no cumprimento direto das metas, evidenciadas pela produção cirúrgica abaixo do pactuado em diferentes especialidades, baixa ocupação da Unidade II, Taxa de Ocupação Geral de 76,25%, ocupação da UTI Adulto de 88,97%, persistência de perda primária e absenteísmo, além de linhas assistenciais ainda não plenamente estabilizadas.

Somam-se a esses pontos as inconsistências relacionadas à dupla checagem de medicamentos e as fragilidades nos processos de faturamento e prestação de contas no SIPEF. Assim, o monitoramento das competências subsequentes deverá concentrar-se na efetividade das medidas corretivas e preventivas, na ampliação da produção efetivamente realizada e na superação progressiva dos fatos geradores que ainda demandam aplicação da Matriz de Riscos, de modo que a performance contratual passe a refletir, de forma cada vez mais direta, a capacidade operacional e assistencial efetivamente entregue pela unidade.

Dourados, 21 de setembro de 2026.

Atenciosamente,

UMPH Cone Sul

CAH | SGH | SES-MS