



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

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

UMPH Cone Sul

COMPETÊNCIA: JUL26

Sumário

1. Identificação da Unidade	3
2. Sistemática de Pagamento	3
3. Metodologia de Monitoramento da Performance da Hospitalar	3
4. Metas de Produção Assistencial	3
4.1. Ambulatório Pré-Cirúrgico	3
4.2. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	5
4.3. Pronto Socorro	8
4.4. Cirurgias de Urgência	11
4.5. Cirurgias Eletivas	14
5. Metas de Qualidade e Desempenho	16
5.1. Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde	16
5.2. Indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	22
5.3. Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária	27
5.4. Indicadores de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	27
6. Desempenho Assistencial e Operacional da Unidade	28
7. Registros de caso e Plano de Trabalho	29
8. Emendas Parlamentares em Execução	31
9. Considerações Finais	31

1. Identificação da Unidade

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

2. Sistemática de Pagamento

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

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

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

3. Metodologia de Monitoramento da Performance da Hospitalar

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

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

4. Metas de Produção Assistencial

4.1. Ambulatório Pré-Cirúrgico

No mês de julho de 2026, o Ambulatório Pré-Cirúrgico do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRPP, realizou 833 consultas frente à meta mensal de 1.100 atendimentos, alcançando 75,73% de cumprimento global. O resultado demonstra

desempenho heterogêneo entre as especialidades, com concentração da produção em Ortopedia e execução inferior ao pactuado nas demais linhas assistenciais.

JUL26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
AMBULATÓRIO PRÉ-CIRÚRGICO	CONSULTA CIRURGIA GERAL	180	16,36%	162	90,00%
	CONSULTA GINECOLOGIA	180	16,36%	32	17,78%
	CONSULTA UROLOGIA	180	16,36%	103	57,22%
	CONSULTA VASCULAR	180	16,36%	0	0,00%
	CONSULTA ORTOPEDIA	180	16,36%	388	215,56%
	CONSULTA CARDIOLOGIA/RISCO CIRÚRGICO	200	18,18%	148	74,00%
	RESULTADO PARCIAL	1.100	100,00%	833	75,73%

A Consulta Ortopédica apresentou o melhor desempenho do componente, com 388 atendimentos, correspondentes a 215,56% da meta mensal. A produção excedente de 208 consultas compensou parcialmente os resultados inferiores das demais especialidades e evidencia elevada demanda pela linha ortopédica, coerente com o perfil assistencial do hospital e sua atuação regional no atendimento ao trauma.

A Cirurgia Geral realizou 162 consultas, atingindo 90,00% da meta, resultado próximo ao parâmetro pactuado. Apesar de não alcançar integralmente a meta, a especialidade manteve volume assistencial relevante e apresentou o segundo melhor desempenho proporcional entre as linhas previstas. A Cardiologia/Risco Cirúrgico registrou 148 consultas, equivalentes a 74,00% da meta mensal. Segundo os dados levantados pelo NIR, foram ofertadas 230 vagas para essa linha, das quais 183 foram agendadas e 148 efetivamente utilizadas. O cenário aponta atuação conjunta de perda primária de 20,43%, relacionada à insuficiente ocupação das vagas disponibilizadas pela regulação, e absenteísmo de 19,13% entre os pacientes agendados. Assim, o resultado não decorre exclusivamente da capacidade de oferta hospitalar, mas também de limitações na qualificação e ocupação da demanda regulada e do não comparecimento dos usuários.

A Urologia realizou 103 consultas, alcançando 57,22% da meta. Os dados complementares do NIR também indicam dificuldade na ocupação integral das vagas da especialidade, com perda primária de 12,35% e absenteísmo de 23,49%. Esses fatores sinalizam a necessidade de aprimoramento da programação, da confirmação dos agendamentos e da articulação com os municípios de origem, sem prejuízo da conferência da compatibilidade entre os atendimentos registrados no sistema regulatório e a produção oficialmente apurada. A Ginecologia apresentou resultado mais crítico entre as linhas implantadas, com apenas 32 consultas, equivalentes a 17,78% da meta mensal.

A Consulta Vascular permaneceu sem produção, com cumprimento de 0,00% da meta, mantendo-se a ausência de execução dessa linha assistencial. O resultado está relacionado à indisponibilidade da especialidade na estrutura operacional da unidade, apesar da previsão contratual de 180 consultas mensais, circunstância que continua produzindo impacto direto no desempenho global do componente, mas que será solucionada com o perfil previsto no chamamento público em curso.

Os dados gerais disponibilizados pelo NIR, que abrangem consultas e exames ambulatoriais, apontam perda primária média de 16,53% e absenteísmo de 30,20%. Na amostra destinada à investigação dos motivos de não comparecimento, as causas foram agrupadas em:

- questões pessoais: 37,37%, com predominância de medo ou ansiedade relacionados ao procedimento;
- condições de transporte: 34,95%, incluindo ausência de comunicação prévia pela regulação, falta de acompanhante e indisponibilidade de transporte;
- histórico do paciente: 27,67%, envolvendo realização em outro município, desistência, atendimento particular ou mudança de município ou estado.

Os dados demonstram que parte da capacidade ambulatorial disponibilizada não se converteu em atendimento efetivo por fatores externos e relacionados à organização da demanda. Destacam-se problemas de comunicação entre regulação, municípios e usuários, dificuldades de transporte sanitário, necessidade de acompanhante e desistências por razões pessoais. Tais fatores requerem atuação articulada entre o hospital, a regulação estadual e os municípios responsáveis pelo encaminhamento e transporte dos pacientes.

4.2. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

No mês de julho de 2026, os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do HRPP realizaram 10.392 exames, frente à meta mensal global de 4.540 procedimentos, alcançando 228,90% de cumprimento. Apesar da expressiva superação global, a análise por modalidade demonstra desempenho heterogêneo, com concentração da produção nos exames vinculados à demanda interna, às internações e ao Pronto-Socorro, enquanto parte dos procedimentos eletivos regulados permaneceu abaixo das metas contratuais.

Os Exames Laboratoriais apresentaram produção de 5.956 procedimentos, equivalentes a 238,24% da meta mensal. A elevada execução mantém o padrão observado nas competências anteriores e está associada à demanda gerada pelo Pronto-Socorro, pelas unidades de internação e pelo acompanhamento clínico dos pacientes hospitalizados. Considerando o peso de 55,07% atribuído a essa linha, seu desempenho exerceu influência determinante sobre o resultado global do SADT.

JUL26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
SADT	EXAMES LABORATORIAIS	2.500	55,07%	5.956	238,24%
	EDA/COLONO	200	4,41%	146	73,00%
	ECG	200	4,41%	552	276,00%
	RX	1.000	22,03%	2.576	257,60%
	US DOPPLER VASCULAR	60	1,32%	0	0,00%
	US VIAS URINÁRIAS	60	1,32%	28	46,67%
	US ABDOMEN E GINECOLÓGICO	80	1,76%	33	41,25%
	US URGÊNCIA	40	0,88%	236	590,00%
	TC ELETIVO VIA REGULAÇÃO	250	5,51%	45	18,00%
	TC URGÊNCIA	150	3,30%	820	546,67%
	RESULTADO PARCIAL	4.540	100,00%	10.392	228,90%

O serviço de Radiologia Convencional (RX) realizou 2.576 exames, alcançando 257,60% da meta. O resultado evidencia intensa utilização do recurso diagnóstico, especialmente em decorrência do perfil assistencial da unidade, que concentra atendimentos de urgência, trauma e ortopedia. A produção expressivamente superior à meta indica que o parâmetro contratual se encontra abaixo da demanda efetivamente absorvida pelo hospital.

Os Eletrocardiogramas (ECG) totalizaram 552 exames, correspondentes a 276,00% da meta mensal. O desempenho está relacionado à utilização transversal do procedimento na avaliação clínica, no atendimento de urgência, nas internações e na estratificação do risco cardiovascular dos pacientes. Na linha de Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia, foram realizados 146 exames, atingindo 73,00% da meta mensal. Segundo os registros do Sistema CORE, foram ofertadas 206 vagas e realizados 205 agendamentos, resultando em perda primária de apenas 0,49%. Entretanto, foram registradas 98 ausências, correspondentes a 47,80% de absenteísmo, demonstrando que o não comparecimento dos usuários comprometeu significativamente o aproveitamento das agendas eletivas disponibilizadas.

O NIR registrou 107 atendimentos oriundos da agenda regulada, enquanto a produção hospitalar totalizou 146 procedimentos. A diferença de 39 exames decorre da realização de encaixes internos e do atendimento de demandas provenientes do Pronto-Socorro, que não integram o fluxo eletivo registrado no sistema regulatório. Dessa forma, embora a demanda interna e de urgência tenha contribuído para ampliar a utilização do serviço, não foi suficiente para compensar integralmente as perdas decorrentes do elevado absenteísmo da agenda eletiva.

As Ultrassonografias Eletivas também apresentaram desempenho inferior ao pactuado. Foram realizados 28 exames de Vias Urinárias, equivalentes a 46,67% da meta, e 33 exames de Abdome e Ginecológico, correspondentes a 41,25%, totalizando 61

procedimentos eletivos. Nesse componente, os dados do CORE demonstram que 136 das 140 vagas ofertadas foram agendadas, configurando perda primária de apenas 2,86%. Contudo, foram registradas 75 ausências, resultando em 55,15% de absenteísmo. Portanto, a baixa execução das ultrassonografias eletivas não decorreu de insuficiência de oferta ou de agendamento, mas principalmente do não comparecimento dos pacientes, uma vez que apenas 43,57% das vagas ofertadas foram efetivamente utilizadas.

Em sentido oposto, a Ultrassonografia de Urgência realizou 236 exames, alcançando 590,00% da meta. A elevada execução demonstra forte pressão da demanda do Pronto-Socorro e das unidades de internação sobre o serviço, evidenciando o contraste entre a intensa utilização hospitalar do recurso e o baixo aproveitamento das agendas eletivas em razão do absenteísmo. O Doppler Vascular permaneceu sem produção em julho, com cumprimento de 0,00% da meta mensal. Mantém-se a indisponibilidade operacional dessa linha diagnóstica em razão da ausência de equipe habilitada para sua execução.

A Tomografia Computadorizada Eletiva via Regulação apresentou o resultado mais crítico entre os exames eletivos, com 45 procedimentos realizados, correspondentes a 18,00% da meta mensal. Os registros operacionais do CORE demonstram baixa ocupação da agenda disponibilizada, com perda primária de 63,83%, além de absenteísmo de 33,33% entre os pacientes agendados. Apenas 24,11% das vagas ofertadas foram efetivamente utilizadas, caracterizando perda expressiva de capacidade assistencial ao longo do fluxo regulatório. Em contrapartida, a Tomografia de Urgência totalizou 820 exames, alcançando 546,67% da meta mensal.

De forma geral, o resultado global de 228,90% demonstra elevada capacidade de resposta diagnóstica do hospital, mas não representa desempenho homogêneo entre as linhas contratualizadas. A superação foi sustentada principalmente pelos Exames Laboratoriais, RX, ECG, Ultrassonografia de Urgência e Tomografia de Urgência. Em contrapartida, EDA/Colonoscopia, Ultrassonografias Eletivas e Tomografia Eletiva permaneceram abaixo das metas, além da ausência de produção em Doppler Vascular. Os registros demonstram que o absenteísmo constituiu um dos principais fatores limitantes da produção eletiva, alcançando 55,15% nas Ultrassonografias e 47,80% em EDA/Colonoscopia. Na Tomografia Eletiva, além do absenteísmo de 33,33%, destacou-se a perda primária de 63,83%, evidenciando baixa ocupação das vagas disponibilizadas.

Assim, a qualificação do desempenho do SADT exige análise separada dos fluxos regulado, interno e de urgência. Recomenda-se fortalecer a articulação entre hospital, regulação estadual e municípios para confirmação dos agendamentos, substituição oportuna das desistências, organização do transporte sanitário e comunicação com os usuários.

Paralelamente, deve-se manter o monitoramento da demanda proveniente do Pronto-Socorro e dos encaixes internos, considerando sua contribuição para a utilização da capacidade diagnóstica e seu impacto sobre a organização das agendas eletivas.

4.3. Pronto Socorro

No mês de julho de 2026, o componente de Pronto-Socorro do HRPP registrou 4.906 consultas de urgência e emergência, frente à meta mensal de 2.500 atendimentos, alcançando 196,24% de cumprimento. Adicionalmente, foram contabilizados 1.946 atendimentos com permanência em observação por até 24 horas, correspondentes a 324,33% da meta de 600 registros.

JUL26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
PRONTO SOCORRO	CONSULTA PS GERAL	2.500	80,65%	4.906	196,24%
	CONSULTA PS GERAL COM OBS ATÉ 24H	600	19,35%	1.946	324,33%
	RESULTADO PARCIAL	3.100	100,00%	6.852	221,03%

Considerando os dois produtos assistenciais previstos contratualmente, foram apurados 6.852 registros, frente à meta global de 3.100, resultando em 221,03% de cumprimento. Ressalta-se que esse quantitativo corresponde à soma dos produtos contratualizados e não representa necessariamente pacientes distintos, pois o usuário inicialmente atendido em consulta pode, conforme sua condição clínica, permanecer em observação e gerar o registro dos dois produtos assistenciais. A expressiva produção evidencia pressão assistencial superior ao dimensionamento contratual, especialmente sobre o componente de observação. O quantitativo de 1.946 permanências corresponde a aproximadamente 39,67% das consultas registradas, demonstrando necessidade frequente de acompanhamento clínico, administração de medicamentos, realização de exames complementares e definição da conduta antes da alta, internação ou transferência.

Perfil da classificação de risco

O painel assistencial registrou 5.738 classificações de risco em julho. Desse total, 2.999 pacientes foram classificados como verdes, 2.007 como amarelos, 525 como azuis e 207 como vermelhos, conforme distribuição a seguir:

Classificação	Quantidade	Percentual
Azul	525	9,15%
Verde	2.999	52,27%
Amarelo	2.007	34,98%

Vermelho	207	3,61%
Total	5.738	100,00%

As classificações verde e azul corresponderam, conjuntamente, a 61,42% dos atendimentos, demonstrando predominância de condições de menor gravidade clínica. Ressalta-se que o painel considera apenas as classificações que tiveram atendimento médico, não incluindo os pacientes azuis dispensados para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. A elevada proporção de casos verdes e azuis indica que parcela significativa da demanda poderia, desde que asseguradas resolutividade e acesso oportuno, ser manejada pela Atenção Primária à Saúde ou por outros serviços de menor densidade tecnológica. Esse perfil amplia a pressão sobre a porta hospitalar e gera concorrência pelo uso das equipes, dos consultórios e dos recursos diagnósticos.

Por outro lado, os pacientes classificados como amarelos e vermelhos totalizaram 2.214 atendimentos, equivalentes a 38,59% das classificações, demonstrando que o hospital também absorveu volume relevante de casos com maior prioridade clínica. Destacam-se os 207 pacientes vermelhos, que demandaram atendimento imediato e maior mobilização dos recursos assistenciais.

Tempos de espera

Os tempos médios de espera permaneceram compatíveis com a priorização estabelecida pela classificação de risco:

- Vermelho: atendimento imediato;
- Amarelo: 20 minutos;
- Verde: 46 minutos;
- Azul: 1 hora e 6 minutos.

Os resultados demonstram preservação da prioridade dos pacientes de maior gravidade, mesmo diante do elevado volume de atendimentos. O painel considera o intervalo entre a classificação de risco e o primeiro atendimento médico e não inclui os pacientes azuis encaminhados diretamente às unidades básicas.

Principais diagnósticos

O painel de diagnósticos contabilizou 5.733 registros com CID. Entre as condições mais frequentes, destacaram-se:

CID	Diagnóstico	Quantidade
J11.1	Influenza com outras manifestações respiratórias, vírus não identificado	212
J00	Nasofaringite aguda	177

CID	Diagnóstico	Quantidade
R10.2	Dor pélvica e perineal	164
J06.9	Infecção aguda das vias aéreas superiores, não especificada	161
A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	148
R11	Náusea e vômitos	140
J03.9	Amigdalite aguda não especificada	133
R50.9	Febre não especificada	117
I10	Hipertensão essencial	90
F41.1	Ansiedade generalizada	89

As condições respiratórias apresentaram participação relevante entre os principais diagnósticos, especialmente influenza, nasofaringite, infecção aguda das vias aéreas superiores e amigdalite. O perfil é compatível com o aumento sazonal das síndromes respiratórias no período de inverno, contribuindo para a elevada procura pelo Pronto-Socorro.

Perfil etário

A análise por faixa etária demonstra atendimento distribuído por todos os ciclos de vida. Os pacientes com 60 anos ou mais constituíram o maior grupo, com 890 registros, equivalentes a 15,51% do total. Em seguida, destacaram-se as crianças de zero a quatro anos, com 751 atendimentos (13,09%), e os adultos de 20 a 24 anos, com 667 registros (11,62%). A concentração nos extremos etários merece atenção, pois crianças pequenas e idosos apresentam maior vulnerabilidade clínica, especialmente diante de doenças respiratórias, infecciosas e condições que podem demandar observação ou internação. O grupo de zero a 14 anos totalizou 1.399 atendimentos, correspondentes a aproximadamente 24,38% das classificações, evidenciando demanda pediátrica relevante.

Desfecho dos atendimentos

O painel de movimentações do PS - HRPP registrou 5.868 saídas ou últimas movimentações assistenciais em julho. A alta constituiu o principal desfecho, com 4.822 registros, equivalentes a 82,17%. As internações totalizaram 760 registros, correspondentes a 12,95%, demonstrando que parcela significativa dos pacientes necessitou de continuidade do cuidado em regime hospitalar.

Pressão regulatória

Em julho, o HRPP recebeu 307 solicitações de vagas pela CORE, maior volume da série entre janeiro e julho de 2026.

VAGAS CORE							
INDICADOR	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUNHO	JULHO
VAGAS RECEBIDAS EM PONTA PORÃ	260	238	240	248	232	288	307
VAGAS NEGADAS PELA MACRO REGIÃO	19	21	19	18	23	11	15
VAGAS ZERO RECEBIDAS	23	28	38	49	42	51	57
VAGAS QUE GERARAM INTERNAÇÃO	17	22	22	28	31	38	41
TAXA DE VAGAS QUE GERARAM INTERNAÇÃO	73,91%	78,57%	57,89%	57,14%	73,81%	74,51%	71,93%

Foram recebidas 57 admissões por Vaga Zero, também representando o maior quantitativo do período analisado. Dessas, 41 geraram internação hospitalar, resultando em taxa de conversão de 71,93%. Também foram registradas 15 solicitações fora do perfil assistencial da unidade, relacionadas a Cardiologia, Neurologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Ortopedia de Alta Complexidade.

Esses encaminhamentos correspondem a aproximadamente 4,89% das vagas recebidas e evidenciam limitações da rede regional para absorção de casos que demandam especialidades ou níveis de complexidade não disponíveis no HRPP. A admissão de pacientes fora do perfil pode prolongar a permanência no Pronto-Socorro e na observação, sobretudo quando há necessidade de estabilização e posterior transferência para outra referência. Essa situação amplia a utilização de exames, medicamentos e equipes, além de restringir temporariamente a capacidade de resposta aos pacientes pertencentes ao perfil assistencial do hospital.

4.4. Cirurgias de Urgência

No mês de julho de 2026, o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto realizou 198 cirurgias de urgência e emergência, frente à meta mensal de 156 procedimentos, alcançando 126,92% de cumprimento global. O resultado demonstra capacidade de resposta cirúrgica superior ao dimensionamento contratual, embora com distribuição desigual entre as especialidades. O desempenho deve ser analisado em conjunto com a elevada demanda do Pronto-Socorro, que alcançou 221,03% da meta, com o crescimento das solicitações reguladas e com o volume de internações hospitalares. Em julho, foram registradas 854 internações, frente ao parâmetro mensal de 715, correspondendo a 119,44% da referência

estabelecida. Esse cenário demonstra pressão simultânea sobre o centro cirúrgico, os leitos e os serviços de apoio.

JUL26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
CIRURGIAS DE URGÊNCIA	ORTOPEDIA	80	51,28%	114	142,50%
	CIRURGIA GERAL	20	12,82%	37	185,00%
	CPRE	11	7,05%	16	145,45%
	CIRURGIA GINECOLÓGICA	20	12,82%	20	100,00%
	CIRURGIA UROLOGIA	20	12,82%	7	35,00%
	OUTRAS CIRURGIAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	5	3,21%	4	80,00%
	RESULTADO PARCIAL	156	100,00%	198	126,92%

A Ortopedia apresentou o maior volume do componente, com 114 cirurgias, correspondentes a 142,50% da meta mensal. A especialidade respondeu por aproximadamente 57,58% das cirurgias de urgência realizadas, confirmando a predominância do trauma e das condições ortopédicas agudas no perfil assistencial da unidade. No quadro de internações, a Clínica Cirúrgica, que contempla Ortopedia e outras especialidades, registrou 149 internações, frente ao parâmetro mensal de 145, alcançando 102,76%. Embora os quantitativos de cirurgias e internações não sejam diretamente equivalentes, pois representam eventos assistenciais distintos, os dados confirmam utilização contínua dos leitos cirúrgicos e a relevância da demanda ortopédica na dinâmica hospitalar.

Internações - Especialidade	Meta MENSAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Clínica Médica	210	318	267	286	287	286	259	307
Clínica Cirúrgica - Ortopedia e Outras	145	158	182	195	178	177	159	149
Clínica Gineco-Obstétrica	140	202	166	181	178	166	183	171
Clínica Pediátrica	50	80	82	109	120	107	118	113
Clínica Psiquiátrica	15	10	6	5	9	6	4	7
Cirurgia Geral - Eletiva	30	45	34	55	65	47	39	31
Cirurgia Urológica - Eletiva	30	10	20	25	23	33	24	23
Cirurgia Vascular - Eletiva	30	0	0	0	0	0	0	0
Cirurgia Ginecológica - Eletiva	30	15	10	19	9	14	8	12
Cirurgia Ortopédica - Eletiva	20	20	25	20	28	36	41	25
CPRE	15	14	14	17	18	14	12	16
Total	715	872	806	912	915	886	847	854

A Cirurgia Geral realizou 37 procedimentos de urgência, atingindo 185,00% da meta, maior percentual de cumprimento entre as especialidades. O resultado demonstra elevada utilização da capacidade operatória para atendimento de condições abdominais agudas e outras intercorrências com indicação cirúrgica, reforçando a atuação regional da unidade.

Foram realizadas 16 CPRE, frente à meta mensal de 11 procedimentos no componente de cirurgias de urgência, correspondendo a 145,45% de cumprimento. O quadro de internações também registra 16 procedimentos de CPRE no período, mantendo a execução acima do respectivo parâmetro de 15 internações ou procedimentos mensais. O resultado demonstra demanda relevante por abordagem diagnóstica e terapêutica das doenças das vias biliares e utilização efetiva da capacidade especializada disponível.

A Cirurgia Ginecológica de Urgência atingiu integralmente a meta, com 20 procedimentos realizados e cumprimento de 100,00%. Paralelamente, a Clínica Gineco-Obstétrica registrou 171 internações, frente ao parâmetro mensal de 140, alcançando 122,14%. Embora essa internação englobe também atendimentos obstétricos e clínicos não cirúrgicos, o volume evidencia pressão assistencial significativa sobre os leitos e as equipes da especialidade.

A Cirurgia Urológica de Urgência apresentou execução inferior ao pactuado, com sete procedimentos, equivalentes a 35,00% da meta mensal. Por se tratar de produção não programada, o resultado deve ser relacionado à ocorrência efetiva de casos com indicação cirúrgica durante o período, não constituindo, isoladamente, evidência de insuficiência operacional. O grupo de Outras Cirurgias de Urgência e Emergência registrou quatro procedimentos, alcançando 80,00% da meta. A diferença corresponde a apenas um procedimento em relação ao parâmetro mensal e se encontra sujeita à variabilidade própria da demanda de urgência.

A produção excedente de Ortopedia, Cirurgia Geral e CPRE compensou os resultados inferiores registrados em Urologia e no grupo de Outras Cirurgias. Essas três linhas totalizaram 167 procedimentos, correspondentes a aproximadamente 84,34% da produção cirúrgica de urgência do mês. Além da demanda cirúrgica, o hospital apresentou volume expressivo de internações em outras clínicas. A Clínica Médica registrou 307 internações, frente ao parâmetro de 210, alcançando 146,19%; e a Clínica Pediátrica contabilizou 113 internações, correspondentes a 226,00% da referência mensal de 50. Esses resultados demonstram que a pressão sobre a capacidade hospitalar não se restringiu às especialidades cirúrgicas.

O crescimento das internações clínicas merece atenção porque a permanência prolongada e a elevada ocupação dos leitos podem limitar a disponibilidade de vagas pós-

operatórias e interferir na organização da programação cirúrgica. Assim, mesmo quando há disponibilidade de sala e equipe, a ausência de leito para continuidade do cuidado pode restringir a capacidade de realização de outros procedimentos, sobretudo os eletivos.

De forma geral, o cumprimento de 126,92% demonstra resposta satisfatória do HRPP às necessidades cirúrgicas de urgência e emergência. O resultado está alinhado ao perfil da porta hospitalar, marcado por elevada demanda, presença relevante de pacientes amarelos e vermelhos, crescimento das Vagas Zero e volume de internações superior ao parâmetro mensal. Contudo, a produção acima da meta também exerce pressão sobre o centro cirúrgico, a anestesiologia, a enfermagem, o SADT, a recuperação pós-anestésica e os leitos de internação. Esse contexto deve ser considerado na análise das cirurgias eletivas, pois os procedimentos de urgência possuem prioridade assistencial e podem demandar remanejamento de salas, equipes, horários e leitos originalmente destinados à programação eletiva.

4.5. Cirurgias Eletivas

No mês de julho de 2026, o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto realizou 91 cirurgias eletivas, frente à meta mensal de 140 procedimentos, alcançando 65,00% de cumprimento global. O resultado permaneceu abaixo do parâmetro contratual, com déficit de 49 procedimentos, e evidencia desempenho desigual entre as especialidades.

JUL26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
CIRURGIAS ELETIVAS	CIRURGIA GERAL	30	21,43%	31	103,33%
	CIRURGIA GINECOLÓGICA	30	21,43%	12	40,00%
	CIRURGIA ORTOPÉDICA	20	14,29%	25	125,00%
	CIRURGIA VASCULAR	30	21,43%	0	0,00%
	CIRURGIA UROLOGIA	30	21,43%	23	76,67%
	RESULTADO PARCIAL	140	100,00%	91	65,00%

Em comparação com junho, quando foram realizados 112 procedimentos nas linhas eletivas analisadas, julho apresentou redução de 21 cirurgias, equivalente a 18,75%. A diminuição concentrou-se principalmente na Ortopedia e na Cirurgia Geral, embora ambas ainda tenham cumprido suas respectivas metas mensais. A Cirurgia Geral realizou 31 procedimentos, alcançando 103,33% da meta. Apesar da redução em relação às 39 cirurgias registradas em junho, a especialidade manteve desempenho satisfatório e execução ligeiramente superior ao parâmetro contratual.

A Cirurgia Ortopédica também superou a meta, com 25 procedimentos realizados, correspondentes a 125,00% do pactuado. A especialidade apresentou redução em

comparação com junho, quando foram registradas 41 cirurgias eletivas, mas permaneceu como uma das linhas de sustentação do componente. A Cirurgia Ginecológica realizou 12 procedimentos, atingindo apenas 40,00% da meta mensal. Embora represente crescimento em relação às oito cirurgias realizadas em junho, o resultado permaneceu substancialmente abaixo do pactuado, com déficit de 18 procedimentos.

A baixa execução da Ginecologia deve ser relacionada ao reduzido volume observado no Ambulatório Pré-Cirúrgico, que contabilizou somente 32 consultas, correspondentes a 17,78% da meta mensal. Ainda que consultas e cirurgias realizadas na mesma competência não representem necessariamente a mesma coorte de pacientes, em razão do intervalo necessário para avaliação, exames, risco cirúrgico e autorização da internação, a baixa formação da demanda pré-operatória pode comprometer a sustentabilidade da produção nos meses subsequentes.

A Cirurgia Urológica totalizou 23 procedimentos, equivalentes a 76,67% da meta. O resultado ficou próximo ao registrado em junho, quando foram realizadas 24 cirurgias, mas permaneceu sete procedimentos abaixo do parâmetro contratual. A especialidade também apresentou execução ambulatorial inferior à meta, com 103 consultas pré-cirúrgicas e cumprimento de 57,22%, indicando necessidade de monitoramento da formação e conversão da demanda cirúrgica. A Cirurgia Vascular permaneceu sem produção, alcançando 0,00% da meta mensal. A ausência decorre da não disponibilidade dessa linha cirúrgica na estrutura operacional da unidade, situação recorrente que também se manifesta na ausência de consultas vasculares e de exames de Doppler Vascular.

Entre as linhas implantadas, o déficit concentrou-se principalmente na Cirurgia Ginecológica, com 18 procedimentos abaixo da meta, e na Urologia, com diferença de sete cirurgias. A produção excedente de Cirurgia Geral e Ortopedia acrescentou seis procedimentos além das metas dessas especialidades, compensando parcialmente as insuficiências verificadas nas demais linhas. O desempenho eletivo também deve ser contextualizado pela pressão da demanda não programada. No mesmo período, foram realizadas 198 cirurgias de urgência, correspondentes a 126,92% da meta, e registradas 854 internações hospitalares, frente ao parâmetro mensal de 715. A elevada demanda do Pronto-Socorro, das admissões reguladas e das Vagas Zero ampliou a utilização das salas, das equipes assistenciais, do SADT e dos leitos hospitalares.

As cirurgias de urgência possuem prioridade assistencial e podem demandar remanejamento de salas e equipes originalmente destinadas à programação eletiva. Da mesma forma, a elevada ocupação por internações clínicas, pediátricas, gineco-obstétricas e cirúrgicas pode limitar a disponibilidade de leitos para admissão e recuperação pós-operatória

dos pacientes eletivos. Entretanto, a repercussão desses fatores sobre a produção deve ser demonstrada mediante registros de suspensão, remanejamento ou atraso das cirurgias programadas.

A análise também deve considerar todas as etapas da formação da demanda cirúrgica: consulta pré-operatória, realização dos exames, avaliação do risco cirúrgico, autorização da internação, organização do mapa operatório e disponibilidade de leito. Assim, a baixa produção pode resultar tanto de restrições operacionais quanto de insuficiência ou baixa qualificação da demanda encaminhada. De forma geral, o cumprimento de 65,00% demonstra desempenho insuficiente das Cirurgias Eletivas em julho, apesar da superação das metas em Cirurgia Geral e Ortopedia. A ausência estrutural da Cirurgia Vascular, a baixa produção ginecológica e a execução parcial da Urologia foram os principais fatores associados ao não alcance da meta global.

5. Metas de Qualidade e Desempenho

5.1. Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde

No mês de julho de 2026, os Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde apresentaram desempenho heterogêneo. Dos nove indicadores avaliados, cinco atingiram as metas estabelecidas: Taxa de Ocupação da UTI Adulto, Tempo Médio de Permanência Hospitalar, Taxa de Partos Vaginais, Taxa de Reinternação em 30 dias e Índice de Giro de Leitos. Permaneceram fora dos parâmetros a Taxa de Mortalidade Institucional após 24 horas, a Taxa de Ocupação Geral, a Taxa de Cesarianas e a Taxa de Suspensão de Cirurgias.

2026	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO %	mai/26	jun/26	jul/26
GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	Taxa de Mortalidade Institucional > 24h	≤ 3,5%	10,00%	2,86%	4,79%	4,47%
	Taxa de Ocupação Geral	≥ 85%	3,00%	76,66%	80,85%	80,18%
	Taxa de Ocupação UTI Adulto	≥ 80%	3,00%	97,26%	93,33%	94,68%
	Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5	3,00%	3,52	3,34	3,71
	Taxa de Partos Vaginais	≥ 65%	1,50%	48,60%	58,82%	67,80%
	Taxa de Cesarianas	≤ 25%	1,50%	51,40%	41,18%	32,20%
	Taxa de suspensão de cirurgias	≤ 2%	5,00%	3,44%	4,27%	5,50%
	Taxa de reinternação em 30 dias	≤ 2%	5,00%	0,91%	0,11%	0,24%
	Índice de Giro de Leitos (vezes)	≥ 5	4,00%	7,47	7,85	7,26

Taxa de Mortalidade Institucional após 24 horas

A Taxa de Mortalidade Institucional após 24 horas foi de 4,47%, permanecendo 0,97 ponto percentual acima da meta máxima de 3,50%. Em comparação com junho, quando o indicador alcançou 4,79%, houve redução de 0,32 ponto percentual. Apesar da melhora, o resultado permaneceu fora do parâmetro pelo segundo mês consecutivo. Em maio, a taxa havia sido de 2,86%. Em julho, foram registrados 58 óbitos na instituição, dos quais 20 ocorreram nas primeiras 24 horas e 38 após esse período. Os 38 óbitos posteriores a 24 horas

constituíram o numerador do indicador e corresponderam a 65,52% do total de óbitos. Em junho, haviam sido registrados 67 óbitos, sendo 44 posteriores a 24 horas. Assim, julho apresentou redução de nove óbitos no total e de seis óbitos abrangidos pelo indicador.

A Comissão de Revisão de Óbitos apresentou a consolidação dos 58 casos e registrou que 55 haviam sido submetidos à revisão até o momento da reunião. A distribuição demonstra concentração dos óbitos nos setores que atendem pacientes de maior gravidade e complexidade:

- 17 óbitos nas unidades de terapia intensiva, equivalentes a 29,3%;
- 17 óbitos no Pronto-Socorro, equivalentes a 29,3%;
- 16 óbitos nas clínicas de internação, equivalentes a 27,6%;
- 4 casos encaminhados ao Instituto Médico Legal;
- 2 casos encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbito;
- 1 óbito na Pediatria;
- 1 óbito na Maternidade.

Os setores da UTI, Pronto-Socorro e as Clínicas de internação concentraram 50 dos 58 óbitos, correspondentes a 86,2% do total. O perfil é compatível com a concentração de pacientes críticos, portadores de doenças crônicas descompensadas e múltiplas comorbidades nesses setores. Dos 38 óbitos posteriores a 24 horas, 15 pacientes eram provenientes de outros municípios e 23 eram residentes em Ponta Porã. Entre os 20 óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas, 11 pacientes eram provenientes de outros municípios e, segundo a Comissão, parte deles foi admitida em estado clínico extremamente grave.

Na discussão dos casos, foi observada predominância de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica e obesidade mórbida. A Comissão considerou que essas condições estiveram associadas à maior gravidade clínica e ao pior prognóstico. O cenário também deve ser relacionado à pressão regulatória observada em julho, quando o hospital recebeu 307 solicitações de vagas pela CORE e 57 admissões por Vaga Zero. Contudo, a origem municipal, a admissão por Vaga Zero ou a presença de comorbidades não afastam, isoladamente, a possibilidade de fatores assistenciais contribuintes, sendo necessária avaliação individualizada.

A ata registra que nenhum caso havia sido caracterizado, até aquele momento, como óbito decorrente de evento adverso grave. Entretanto, a Comissão deliberou pela abertura de três Protocolos de Londres para investigação aprofundada. Um dos casos envolveu paciente inicialmente atendido no eixo verde, com epigastralgia, desorientação e discurso desorganizado, que evoluiu para parada cardiorrespiratória durante a permanência na unidade. A investigação deverá abranger classificação de risco, avaliação inicial, obtenção de

informações medicamentosas, monitoramento, reconhecimento da deterioração clínica e resposta à parada cardiorrespiratória.

Os outros dois casos envolveram pacientes admitidos diretamente na Sala Vermelha em parada cardiorrespiratória, um deles proveniente de outro município. As análises deverão verificar as condições clínicas anteriores à admissão, o processo de encaminhamento e transporte, as informações fornecidas à equipe receptora, a assistência prestada e a resposta às medidas de ressuscitação. A abertura dos protocolos possui caráter investigativo e não representa reconhecimento prévio de falha ou evitabilidade. Entretanto, enquanto as análises não estiverem concluídas, também não é possível afirmar que todos os desfechos decorreram exclusivamente da gravidade clínica.

No âmbito materno-infantil, não foram registrados óbitos maternos ou neonatais em julho. A Comissão específica contabilizou dois óbitos fetais ou natimortos e um óbito infantil, mantendo os casos sob acompanhamento individualizado. De forma geral, a documentação demonstra redução da mortalidade em relação a junho e concentração dos eventos nos setores de maior complexidade. Entretanto, como três casos permanecem em investigação, o resultado de 4,47% deve ser mantido como não conforme diante da meta de 3,50%, até a conclusão das análises sobre gravidade, evitabilidade e possíveis fatores assistenciais contribuintes.

Taxa de Ocupação Geral

A Taxa de Ocupação Geral alcançou 80,18%, permanecendo 4,82 pontos percentuais abaixo da meta mínima de 85,00%. O resultado foi discretamente inferior ao de junho, de 80,85%, mas superior ao observado em maio, quando a taxa foi de 76,66%. Embora a meta não tenha sido atingida, a unidade registrou 854 internações, frente ao parâmetro mensal de 715. A associação entre elevado número de internações, permanência média reduzida e ocupação inferior a 85% indica importante rotatividade dos leitos, sem que estes permanecessem ocupados durante todo o período.

Taxa de Ocupação da UTI Adulto

A Taxa de Ocupação da UTI Adulto foi de 94,68%, superando a meta mínima de 80,00%. O indicador apresentou crescimento de 1,35 ponto percentual em relação a junho, quando alcançou 93,33%, e manteve o padrão de elevada utilização observado em maio, de 97,26%. O resultado demonstra utilização intensiva dos leitos críticos e capacidade de resposta aos pacientes de maior gravidade. Entretanto, taxas persistentemente superiores a 90% reduzem a margem para novas admissões e podem dificultar a transferência de pacientes do Pronto-Socorro, da observação e do centro cirúrgico.

A repercussão sobre a programação cirúrgica foi evidenciada em um dos cancelamentos de julho, no qual o procedimento foi suspenso por indisponibilidade de vaga de UTI. O registro demonstra nexos diretos, nesse caso específico, entre a elevada utilização dos leitos críticos e a suspensão cirúrgica. Recomenda-se acompanhar o tempo de permanência na UTI, os atrasos de admissão, as solicitações não atendidas e as cirurgias com indicação de suporte intensivo pós-operatório.

Tempo Médio de Permanência Hospitalar

O Tempo Médio de Permanência Hospitalar foi de 3,71 dias, permanecendo dentro da meta máxima de cinco dias. O resultado apresentou aumento de 0,37 dia em relação a junho, quando a permanência média foi de 3,34 dias, mas manteve desempenho satisfatório. O indicador demonstra adequada rotatividade dos leitos e contribui para explicar a coexistência entre elevado volume de internações e Taxa de Ocupação Geral inferior à meta. A permanência reduzida possibilitou maior número de admissões e altas ao longo do mês. Entretanto, a média global pode ocultar diferenças entre as clínicas. Recomenda-se manter o acompanhamento dos casos de longa permanência, especialmente pacientes clínicos, idosos, usuários que aguardam transferência e aqueles dependentes da organização da rede para continuidade do cuidado.

Taxa de Partos Vaginais

A Taxa de Partos Vaginais alcançou 67,80%, superando a meta mínima de 65,00%. O indicador apresentou evolução significativa em comparação com maio, quando foi de 48,60%, e junho, quando alcançou 58,82%. Em relação a junho, houve crescimento de 8,98 pontos percentuais; comparativamente a maio, o aumento foi de 19,20 pontos percentuais. O resultado demonstra mudança favorável no perfil dos partos e maior participação da via vaginal na assistência obstétrica.

Taxa de Cesarianas

A Taxa de Cesarianas foi de 32,20%, permanecendo 7,20 pontos percentuais acima da meta máxima de 25,00%. Apesar do não cumprimento, o indicador apresentou melhora relevante em relação a maio, quando alcançou 51,40%, e a junho, quando foi de 41,18%. Em relação a junho, houve redução de 8,98 pontos percentuais; comparativamente a maio, a diminuição foi de 19,20 pontos percentuais. A evolução é coerente com o crescimento da participação dos partos vaginais. As duas taxas são complementares e devem ser avaliadas conjuntamente. Embora a meta de parto vaginal tenha sido alcançada, a proporção de cesarianas permanece acima do limite contratual. Recomenda-se analisar as indicações

conforme os grupos da Classificação de Robson, quando disponível, identificando os perfis obstétricos que mais contribuíram para o resultado.

Taxa de Suspensão de Cirurgias

A Taxa de Suspensão de Cirurgias alcançou 5,50%, permanecendo acima da meta máxima de 2,00%. Foram registradas 18 suspensões em um universo de 327 procedimentos, confirmando piora em relação a maio, quando a taxa foi de 3,44%, e a junho, quando alcançou 4,27%. Os cancelamentos foram classificados da seguinte forma:

Grupo causal	Casos	Participação
Condições clínicas do paciente	5	27,78%
Falhas logísticas e de materiais	5	27,78%
Gestão do fluxo e prioridade assistencial	3	16,67%
Equipe multidisciplinar e preparo pré-operatório	3	16,67%
Evasão do paciente	2	11,11%
Total	18	100,00%

As condições clínicas do paciente ocasionaram cinco suspensões. Foram registrados três casos de picos hipertensivos, um caso relacionado ao uso de rivaroxabana na noite anterior ao procedimento e uma suspensão após identificação de líquido xantocrômico durante tentativa de raquianestesia.

Embora a suspensão possa constituir medida de segurança necessária, os casos reforçam a importância da avaliação clínica e medicamentosa pré-operatória. As falhas logísticas e de materiais também provocaram cinco suspensões. Os registros envolveram indisponibilidade de concentrado de hemácias, caixa cirúrgica molhada ou contaminada, ausência de materiais ortopédicos, não entrega de cimento ósseo e defeito em perfurador identificado após a anestesia do paciente. Houve reincidência de suspensão do mesmo paciente por falhas relacionadas à empresa fornecedora MedPRO.

Esses eventos possuem natureza predominantemente organizacional e potencialmente evitável, pois estão relacionados à disponibilidade, integridade e verificação dos materiais e equipamentos necessários. A suspensão após indução anestésica também representa exposição desnecessária do paciente a risco assistencial. A gestão do fluxo e a prioridade assistencial responderam por três suspensões. Duas decorreram da necessidade de priorização de cirurgias de emergência, incluindo uma laparotomia e uma urgência ortopédica. A terceira esteve relacionada à indisponibilidade de leito de UTI.

Esses casos demonstram repercussão efetiva da demanda não programada sobre a agenda eletiva. O resultado encontra correspondência com as 198 cirurgias de urgência

realizadas, equivalentes a 126,92% da meta, e com a ocupação de 94,68% da UTI. Contudo, esses fatores explicam apenas parte das suspensões e não afastam as causas sob governabilidade direta da unidade. As causas relacionadas à equipe e ao preparo pré-operatório envolveram falha na informação sobre a abordagem cirúrgica, inadequação na condução do preparo e manejo medicamentoso e ausência de jejum. Os registros indicam fragilidades na comunicação, no planejamento e no cumprimento dos protocolos.

As duas evasões devem ser avaliadas quanto ao tempo de espera, à orientação prestada e à comunicação com os pacientes, buscando identificar oportunidades de prevenção. O plano de ação pensado e elaborado pelos responsáveis do Centro Cirúrgico prevê notificação formal e reunião com a empresa MedPRO, implantação do Manual de Agendamento Cirúrgico e fortalecimento dos protocolos de preparo pré-operatório.

Recomenda-se acrescentar controle prévio de materiais, equipamentos, hemocomponentes, jejum, pressão arterial, anticoagulantes, técnica cirúrgica e necessidade de suporte intensivo. De forma geral, o indicador permaneceu não conforme e apresentou tendência desfavorável. A documentação comprova que parte das suspensões esteve associada à pressão das urgências e à indisponibilidade de UTI, mas também evidencia causas logísticas, técnicas e organizacionais potencialmente evitáveis, que exigem ações corretivas e acompanhamento de efetividade.

Taxa de Reinternação em 30 dias

A Taxa de Reinternação em 30 dias foi de 0,24%, permanecendo abaixo da meta máxima de 2,00%. Embora tenha apresentado discreto aumento em relação a junho, quando foi de 0,11%, o resultado mantém-se satisfatório e inferior ao índice de maio, de 0,91%. A baixa taxa sugere adequada resolutividade das internações e efetividade do planejamento de alta. Contudo, recomenda-se manter a análise individual dos casos, distinguindo reinternações relacionadas à evolução da doença daquelas potencialmente associadas a complicações, alta precoce ou falhas na continuidade do cuidado.

Índice de Giro de Leitos

O Índice de Giro de Leitos alcançou 7,26 vezes, superando a meta mínima de cinco. Embora tenha apresentado redução em relação a junho, quando foi de 7,85 vezes, o resultado permaneceu satisfatório. A análise conjunta com o Tempo Médio de Permanência de 3,71 dias, as 854 internações e a Taxa de Ocupação Geral de 80,18% demonstram fluxo hospitalar dinâmico, com quantidade relevante de admissões e altas. A redução em relação a junho não caracteriza, isoladamente, comprometimento da eficiência. Recomenda-se acompanhar o

indicador por clínica e unidade, especialmente diante da elevada ocupação da UTI e da possibilidade de concentração de permanências prolongadas em determinados setores.

5.2. Indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

No mês de julho de 2026, os indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente apresentaram resultados predominantemente próximos ou superiores aos parâmetros estabelecidos. A análise a seguir concentra-se nos indicadores que não atingiram as metas contratuais e naqueles cujos registros assistenciais apresentaram informações relevantes para a avaliação da qualidade e da segurança do cuidado.

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

Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação

A Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação alcançou 98,85%, permanecendo abaixo da meta contratual de 100%. Apesar do não cumprimento integral, o indicador apresentou evolução em relação a junho, quando registrou 94,00%, e a maio, quando alcançou 97,00%. O resultado decorreu de 344 itens conformes em 348 itens auditados, restando quatro não conformidades. Conforme análise do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP, as inadequações estiveram relacionadas a falhas na orientação dos pacientes e acompanhantes, acompanhantes sem identificação, placas de identificação desatualizadas e indisponibilidade de pulseiras.

A unidade relacionou parte dessas fragilidades à rotatividade dos profissionais diretamente envolvidos na assistência. Foram mantidas as rondas de segurança não programadas e orientado o reforço da Meta 1 nos diálogos diários de segurança, com acompanhamento das não conformidades pelos coordenadores assistenciais. Embora o relatório interno considere favorável o resultado por adotar limite de segurança de 90%, para

fins de monitoramento contratual deve prevalecer a meta de 100%. Assim, o indicador permanece classificado como não atingido, ainda que tenha apresentado evolução relevante.

Taxa de Avaliação do Risco de Quedas

A Taxa de Avaliação do Risco de Quedas alcançou 99,80%, permanecendo ligeiramente abaixo da meta de 100%. Foram realizadas 3.138 avaliações em 3.144 pacientes-dia, correspondendo à ausência de registro em seis oportunidades. O monitoramento considerou a aplicação da Escala de Morse para adultos e da Escala Humpty Dumpty para pacientes pediátricos. O resultado apresentou evolução em relação a maio, quando foi de 98,73%, e a junho, quando alcançou 98,69%. Apesar da proximidade do parâmetro, a ausência de avaliação pode impedir a identificação tempestiva dos pacientes vulneráveis e a implementação das medidas preventivas adequadas ao risco individual.

Foram registrados dois eventos de queda, um na Clínica Cirúrgica II e outro na Pediatria. Os registros mencionam, entre os fatores relacionados, resistência às orientações e elevado grau de dependência dos pacientes. Considerando o denominador de 3.144 pacientes-dia, a incidência correspondeu a aproximadamente 0,64 queda por mil pacientes-dia. O relatório apresenta a incidência como 0,64%, embora a fórmula empregada utilize multiplicação por mil. Recomenda-se corrigir a unidade de apresentação para “eventos por mil pacientes-dia”, preservando a coerência entre fórmula, cálculo e resultado. A análise dos eventos deverá verificar a aplicação das medidas preventivas após a classificação do risco, a orientação dos pacientes e acompanhantes, a adequação da vigilância assistencial e os possíveis fatores medicamentosos ou ambientais envolvidos.

Taxa de Avaliação do Risco de Lesão por Pressão

A Taxa de Avaliação do Risco de Lesão por Pressão foi de 99,68%, permanecendo abaixo da meta contratual de 100%. Foram registradas 3.134 avaliações em 3.144 pacientes-dia, correspondendo a dez avaliações não realizadas ou não registradas. O monitoramento utilizou a Escala de Braden para adultos e a Escala Braden Q para pacientes pediátricos. O resultado apresentou discreta melhora em relação a junho, quando alcançou 99,60%, mas permaneceu inferior ao índice de maio, de 99,87%. Embora a diferença em relação à meta seja pequena, a ausência da avaliação pode retardar a adoção das medidas preventivas nos pacientes de maior risco.

Foi registrado um novo caso de lesão por pressão em julho. Considerando o denominador informado, a incidência correspondeu a aproximadamente 0,31 caso por mil pacientes-dia, e não a 0,31%, como consta no relatório. Recomenda-se ajustar a unidade de

medida e manter o acompanhamento da avaliação na admissão, das reavaliações periódicas e da implementação das medidas definidas conforme o risco.

Taxa de Cesarianas com Classificação de Robson

A Taxa de Cesarianas com Classificação de Robson foi informada em 31,93%, permanecendo significativamente abaixo da meta de 100%. O resultado também apresentou redução em relação a maio, quando foi de 51,40%, e a junho, quando alcançou 40,80%. Entretanto, o percentual de 31,93% encontra-se muito próximo da própria Taxa de Cesarianas de julho, de 32,20%. Essa proximidade sugere possível utilização do total de partos como denominador, em vez do total de cesarianas, ou transposição do percentual de cesarianas para o indicador de classificação de Robson.

A Taxa de Cesarianas com Classificação de Robson deve ser calculada mediante a divisão do número de cesarianas classificadas nos grupos de Robson pelo número total de cesarianas realizadas, multiplicada por 100. Portanto, se todas as cesarianas tiverem recebido classificação, o indicador deverá apresentar 100%, independentemente da proporção de cesarianas no conjunto dos partos. Recomenda-se conferir a memória de cálculo, o numerador e o denominador antes da validação definitiva do resultado. Caso o percentual represente efetivamente cesarianas não classificadas, deverá ser estabelecido plano de ação para assegurar o preenchimento obrigatório da classificação em todos os partos cesáreos.

Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância

A Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância foi de 68,00%, permanecendo 32 pontos percentuais abaixo da meta de 100%. O indicador apresentou redução de oito pontos percentuais em relação a junho, quando alcançou 76,00%, embora permaneça superior ao resultado de maio, de 58,00%. A baixa adesão representa fragilidade relevante, considerando o maior potencial de dano dos medicamentos de alta vigilância. A dupla checagem deve compreender conferência independente do paciente, medicamento, dose, via, horário, diluição, velocidade de infusão e demais condições específicas.

O plano do NQSP registra a realização de auditorias nos prontuários. Entretanto, os treinamentos in loco, a capacitação específica sobre Medicamentos de Alta Vigilância e o treinamento referente à Meta 3 ainda não haviam sido concluídos. Também foram identificadas fragilidades nos registros do processo medicamentoso, incluindo ausência de assinaturas e carimbos, abreviações, rasuras, informações incompletas e divergências entre a sinalização de não administração e a checagem da prescrição. Essas inconsistências comprometem a rastreabilidade da assistência e dificultam a comprovação da realização

efetiva da dupla checagem. Recomenda-se concluir os treinamentos pendentes, intensificar as auditorias por setor e turno, identificar as unidades com menor conformidade e padronizar o registro da dupla checagem, incluindo a identificação dos dois profissionais envolvidos.

Taxa de Adesão ao Protocolo de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica

A Taxa de Adesão ao Protocolo de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica foi informada em 93,57%, permanecendo abaixo da meta de 100%. Apesar do não cumprimento, o resultado apresentou evolução em relação a maio, quando foi de 91,49%, e a junho, quando alcançou 92,55%. Das 327 cirurgias consideradas, 249 possuíam indicação de antibioticoprofilaxia e 78 não foram classificadas como elegíveis. Entre os 249 casos indicados, 233 receberam o antimicrobiano profilático, resultando no percentual de 93,57%.

Entretanto, o relatório informa que apenas 69 pacientes receberam o antibiótico no intervalo recomendado de 30 a 60 minutos antes da incisão, correspondendo a 27,71% dos casos elegíveis. Dessa forma, o percentual de 93,57% representa a cobertura da antibioticoprofilaxia, mas não demonstra adesão integral ao protocolo quanto à oportunidade da administração. Caso a métrica contratual contemple cumulativamente indicação, escolha adequada do antimicrobiano, dose, via e administração no tempo correto, a metodologia de cálculo necessita de revisão. Recomenda-se apresentar separadamente a proporção de pacientes elegíveis que receberam o antibiótico e a proporção que o recebeu no intervalo preconizado.

O plano de ação da equipe prevê o início da infusão nas unidades de internação, com implantação inicial na Maternidade e expansão para pacientes ortopédicos, além da avaliação da possibilidade de administração na Recuperação Pós-Anestésica. O fluxo deverá ser formalizado e acompanhado por especialidade, contemplando também dose, repique intraoperatório e registro do horário da incisão.

Taxa de Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura

A Taxa de Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura alcançou 98,00%, atingindo exatamente a meta mínima contratual. O resultado permaneceu estável em relação a junho, mas apresentou redução de 1,14 ponto percentual em comparação com maio, quando foi de 99,14%. Por se encontrar no limite mínimo, o indicador requer acompanhamento para evitar redução nas competências seguintes. Recomenda-se manter a verificação das três etapas do checklist — antes da indução anestésica, antes da incisão e antes da saída da sala —, assegurando preenchimento completo, participação dos profissionais envolvidos e realização efetiva do time out.

Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas

A Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas foi de 0,00%, atingindo a meta máxima de 3,00% pelo segundo mês consecutivo. O resultado representa evolução em relação a maio, quando a taxa alcançou 5,77%. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH não identificou infecção em sítio cirúrgico nos procedimentos limpos monitorados em julho. Foram acompanhados procedimentos de Cirurgia Geral e cesarianas, sem registro de infecção nos grupos avaliados.

O resultado é favorável, mas deve ser interpretado em conjunto com a abrangência da vigilância pós-alta. A busca fonada alcançou apenas parte dos pacientes submetidos às cirurgias limpas e cesarianas, podendo limitar a identificação de infecções manifestadas após a saída hospitalar. Recomenda-se manter a busca ativa durante a internação e ampliar o alcance da vigilância pós-alta, sobretudo diante da baixa conformidade temporal observada na antibioticoprofilaxia.

Taxa de Adesão aos Bundles de Prevenção Relacionados ao CVC e à PAVM

As taxas de adesão aos bundles relacionados ao Cateter Venoso Central e à prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica alcançaram 100,00%, cumprindo integralmente as metas. Apesar dos resultados, a CCIH registrou eventos de infecção nas unidades intensivas, incluindo casos de infecção primária da corrente sanguínea e cinco casos de PAV, sendo dois na UTI A e três na UTI B.

A ocorrência desses eventos não invalida automaticamente a adesão informada, pois a aplicação das medidas preventivas reduz, mas não elimina integralmente o risco. Entretanto, reforça a necessidade de verificar se o resultado de 100% corresponde à execução concreta de todos os itens do bundle ou apenas ao preenchimento do instrumento de acompanhamento. Recomenda-se manter a análise individual dos casos, a observação direta das práticas e o acompanhamento conjunto entre CCIH, NQSP e coordenações das UTIs, incluindo avaliação diária da necessidade dos dispositivos e retirada tão logo deixem de ser indispensáveis.

Registros complementares relacionados à segurança assistencial

Além dos indicadores contratualizados, os documentos apresentados evidenciaram fragilidades no Protocolo de Seps e na adesão à higiene das mãos, processos diretamente relacionados à segurança e aos desfechos assistenciais. No mês de julho, foram abertos 24 Protocolos de Seps. A adesão global foi de 58%, mesmo percentual observado para a administração do antimicrobiano em até uma hora e para a coleta de hemocultura antes da antibioticoterapia. Dos casos acompanhados, 63% foram classificados como seps e 38%

como choque séptico. Os resultados demonstram necessidade de fortalecer o reconhecimento precoce da deterioração clínica, a abertura oportuna do protocolo, a coleta de exames e o início do tratamento antimicrobiano. O achado também deve ser considerado na análise dos óbitos, especialmente nos casos relacionados a infecções graves e choque séptico. A adesão ao protocolo de higiene das mãos foi de 84,70%, permanecendo abaixo da meta interna de 90%. Foram avaliadas 352 oportunidades, com 298 conformidades e 54 não conformidades.

Considerando o registro de sete infecções relacionadas à assistência no período, incluindo casos de PAV e infecção da corrente sanguínea, a adesão insuficiente à higiene das mãos exige acompanhamento prioritário. Recomenda-se intensificar a observação direta, identificar as categorias e setores com menor conformidade e direcionar as ações educativas de acordo com os cinco momentos preconizados.

5.3. Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária

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

5.4. Indicadores de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

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

O Índice de Rotatividade dos Colaboradores CLT foi de 1,36% em julho, permanecendo abaixo da meta máxima de 4,00%. O resultado apresentou redução de 0,75 ponto percentual em relação a junho, quando alcançou 2,11%, e de 0,14 ponto percentual em comparação com maio, quando foi de 1,50%. O indicador demonstra estabilidade do quadro de colaboradores durante a competência e ausência de movimentação de pessoal em proporção capaz de comprometer a continuidade dos processos assistenciais. O resultado é especialmente relevante diante da elevada demanda do Pronto-Socorro, da produção cirúrgica de urgência e da utilização dos leitos críticos.

Os indicadores registrados como N/A não possuem monitoramento continuado, análise crítica e procedimentos implementados, ainda precisam ser estruturados no HRPP. Contudo, podemos fazer uso de registros auxiliares que nos possibilitam compreender a execução das programações de treinamento junto às equipes. Os documentos monitorados

no sistema de gestão da qualidade demonstram a realização de atividades educativas e registram 328 participações de profissionais da Enfermagem em treinamentos durante o mês de julho. O resultado foi superior aos 324 registros de maio e aos 324 de junho. No acumulado de janeiro a julho de 2026, foram contabilizadas 2.138 participações da categoria. Também foram registradas 57 participações de médicos e 34 de profissionais da equipe multiprofissional em julho. No acumulado do ano, os relatórios contabilizaram 356 participações médicas e 149 da equipe multiprofissional.

Grupo profissional	Maio	Junho	Julho	Acumulado de 2026
Enfermagem	324	324	328	2.138
Médicos	70	58	57	356
Equipe multiprofissional	29	27	34	149

Embora os registros demonstrem execução contínua de treinamentos, apresentam apenas números absolutos de participações e não permitem calcular o índice percentual da Enfermagem. Não foram informados o número total de profissionais elegíveis, a quantidade de colaboradores distintos treinados nem a eventual repetição de um mesmo profissional em diferentes atividades. Para validação do indicador, deverá ser apresentada memória de cálculo conforme a fórmula contratual, contendo, no mínimo:

- Número total de colaboradores ativos da Enfermagem no período;
- Número de profissionais distintos que participaram dos treinamentos considerados;
- Critérios de elegibilidade e exclusão;
- Relação nominal ou evidência de participação;
- Carga horária, tema e data das capacitações;
- Tratamento das admissões, afastamentos, férias e desligamentos;
- Distinção entre profissionais únicos treinados e total de participações.

Caso o índice corresponda à proporção de trabalhadores da Enfermagem capacitados, a existência de 328 participações não demonstra, isoladamente, cumprimento da meta de 95%, pois um mesmo profissional pode ter participado de mais de uma atividade. Portanto, o resultado deverá permanecer como não apurado até a apresentação do denominador e da memória de cálculo correspondente.

6. Desempenho Assistencial e Operacional da Unidade

Em julho de 2026, o HRPP apresentou elevada capacidade de resposta à demanda hospitalar e de urgência. Destacaram-se o Pronto-Socorro, com cumprimento global de 221,03%, as Cirurgias de Urgência, com 126,92%, e o SADT, com 228,90%, sustentado principalmente por exames laboratoriais, RX, ECG, ultrassonografia e tomografia de urgência.

A unidade também registrou 854 internações, frente ao parâmetro de 715, elevada ocupação da UTI Adulto e resultados favoráveis no tempo médio de permanência, giro de leitos e reinternação em 30 dias.

Em contrapartida, a produção eletiva permaneceu aquém do esperado. O Ambulatório Pré-Cirúrgico alcançou 75,73% da meta e as Cirurgias Eletivas, 65,00%, com baixa execução em Ginecologia e Urologia e ausência estrutural da linha vascular. Nos exames eletivos, destacaram-se o absenteísmo em ultrassonografia e EDA/Colonoscopia e a elevada perda primária na tomografia. A intensa demanda de urgência e a ocupação dos leitos críticos também repercutiram sobre a programação cirúrgica, embora as suspensões tenham incluído causas internas relacionadas a materiais, equipamentos, comunicação e preparo pré-operatório.

Entre os pontos fortes, destacam-se a capacidade de atendimento à urgência, a superação das metas em Cirurgia Geral e Ortopedia, o alcance da meta de partos vaginais, a baixa reinternação, o adequado giro de leitos, a adesão ao Checklist de Cirurgia Segura, a ausência de infecção em sítio cirúrgico nas cirurgias limpas monitoradas e a satisfação dos usuários acima de 90%. A rotatividade dos colaboradores também permaneceu dentro do parâmetro, indicando estabilidade do quadro funcional.

As principais oportunidades de melhoria concentram-se na redução da mortalidade institucional, atualmente sob investigação em três Protocolos de Londres; no controle das suspensões cirúrgicas; na dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância; na oportunidade da antibioticoprofilaxia; e na adesão aos protocolos de sepse e higiene das mãos. Também são necessários o aprimoramento da regulação e da confirmação dos agendamentos, a validação das fórmulas da Classificação de Robson e dos indicadores de treinamento, o fortalecimento da vigilância pós-alta e a definição contratual e operacional da linha vascular.

7. Registros de caso e Plano de Trabalho

A avaliação do plano anterior demonstra que a ação relacionada ao monitoramento do Pronto-Socorro apresentou avanço suficiente para ser incorporada à rotina gerencial, considerando a disponibilidade de dados sobre classificação de risco, tempos de espera, desfechos, consolidação do Plano de Melhoria Continuada da Porta e perfil dos atendimentos.

Também houve evolução na linha obstétrica, com alcance da meta de partos vaginais; contudo, permanecem necessárias ações sobre a taxa de cesarianas e a Classificação de Robson. As demais ações permanecem pertinentes, mas foram reformuladas com base nos resultados de julho. Foram priorizados os indicadores com maior desvio, as fragilidades

metodológicas identificadas e os problemas com repercussão direta sobre a segurança e a produção assistencial.

Nº	Ação proposta	Avaliação	Justificativa técnica
1	Intensificar o plano corretivo para dupla checagem de medicamentos de alta vigilância	Não atendida — intensificar	A adesão diminuiu de 76,00% para 68,00%, frente à meta de 100%. Os treinamentos previstos ainda não foram concluídos e permanecem inconsistências nos registros de administração.
2	Concluir a investigação da mortalidade institucional e executar as oportunidades de melhoria	Parcialmente atendida — manter	A mortalidade reduziu de 4,79% para 4,47%, mas permaneceu acima da meta de 3,50%. Três casos foram encaminhados para análise pelo Protocolo de Londres.
3	Revisar e padronizar as memórias de cálculo dos indicadores assistenciais e de qualidade	Reformulada — ação prioritária	Foram identificadas dúvidas metodológicas na Classificação de Robson, antibioticoprofilaxia e unidades de medida das incidências de queda e LPP.
4	Reestruturar o protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica, com foco na administração oportuna	Parcialmente atendida — fortalecer	Embora 93,57% dos pacientes elegíveis tenham recebido profilaxia, apenas 27,71% receberam o antimicrobiano entre 30 e 60 minutos antes da incisão.
5	Qualificar a assistência obstétrica, com foco na redução de cesarianas e aplicação da Classificação de Robson	Parcialmente atendida — reformular	A meta de partos vaginais foi atingida, com 67,80%, mas a taxa de cesarianas permaneceu em 32,20%, acima do limite de 25%. O resultado de Robson necessita de validação metodológica.
6	Reorganizar o fluxo do Ambulatório Pré-Cirúrgico e do SADT eletivo, com redução da perda primária e do absenteísmo	Não atendida — manter	O Ambulatório Pré-Cirúrgico alcançou 75,73% e as Cirurgias Eletivas, 65,00%. O absenteísmo atingiu 55,15% em ultrassonografia e 47,80% em EDA/Colonoscopia; a tomografia apresentou perda primária de 63,83%.
7	Reduzir as suspensões cirúrgicas e fortalecer o preparo pré-operatório e a logística do centro cirúrgico	Não atendida — intensificar	A taxa aumentou de 4,27% para 5,50%. Foram identificadas falhas de materiais, equipamentos, hemocomponentes, preparo clínico, comunicação, jejum, prioridade de urgência e indisponibilidade de UTI.



Nº	Ação proposta	Avaliação	Justificativa técnica
8	Regularizar os indicadores de satisfação dos colaboradores e treinamento da Enfermagem	Não atendida — manter	A satisfação permanece sem apuração. Foram informadas 328 participações da Enfermagem em treinamentos, mas sem denominador, identificação de profissionais únicos ou índice percentual.
9	Fortalecer os protocolos de sepse, higiene das mãos e prevenção das infecções em UTI	Nova ação prioritária	A adesão ao Protocolo de Sepse e à antibioticoterapia em até uma hora foi de 58%; a higiene das mãos alcançou 84,70%. Foram registrados cinco casos de PAV e eventos de infecção da corrente sanguínea, apesar de bundles informados em 100%.

8. Emendas Parlamentares em Execução

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

TIPO	PROPOSTA	PORTARIA	TIPO DE PROCEDIMENTO	Código SIGTAP	Descrição do Procedimento	Qtde/ano	Valor und	Valor anual	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	Taxa de Execução do período
EPF Individual DEP BETO PEREIRA	36000713342202500	Portaria 8.906/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.14.015-1	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	365	R\$ 1.349,70	R\$ 492.640,50	38	35	38	37	39	66	26	32,11%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.14.015-1	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	504	R\$ 582,42	R\$ 293.539,68								
EPF Individual DEP BETO PEREIRA	36000713342202500	Portaria 8.906/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.01.003-7	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	116	R\$ 3.536,38	R\$ 410.220,08	16	10	18	16	24	17	5	41,25%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.01.003-7	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	141	R\$ 865,91	R\$ 122.093,31								
EPF Individual DEP BETO PEREIRA	36000713342202500	Portaria 8.906/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.10.01.003-9	PARTO NORMAL	494	R\$ 528,66	R\$ 261.158,04	43	100	71	44	100	93	48	39,38%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.10.01.003-9	PARTO NORMAL	773	R\$ 443,40	R\$ 342.748,20								
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.01.06.008-8	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA	314	R\$ 44,22	R\$ 13.885,08	63	68	62	59	37	10	0	95,22%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.01.06.007-0	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	231	R\$ 40,38	R\$ 9.327,78	19	9	18	9	24	3	2	36,36%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.01.001-0	TRATAMENTO DE DENGUE CLASSICA	213	R\$ 287,76	R\$ 61.292,88	2	3	5	7	3	1	1	10,33%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.06.021-2	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA	173	R\$ 699,46	R\$ 121.006,58	13	11	9	15	14	14	5	46,82%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.07.012-9	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DAS VIAS BILIARES E PANCREAS	173	R\$ 270,38	R\$ 46.775,74	13	12	11	14	13	0	7	40,46%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.15.005-0	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO URINARIO	169	R\$ 218,68	R\$ 36.956,92	12	16	12	12	11	13	2	46,15%
EPF Individual DEP CAMILA JARA	36000674065202500	Portaria 7.544/2025	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	03.03.01.006-1	TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS INTESTINAIS	143	R\$ 324,90	R\$ 46.460,70	16	7	13	15	5	11	3	48,95%

9. Considerações Finais

Em julho de 2026, o HRPP demonstrou elevada capacidade de resposta às demandas de urgência, internação e apoio diagnóstico, com destaque para o Pronto-Socorro, as cirurgias de urgência, a produção do SADT e os indicadores de eficiência hospitalar; contudo, permaneceram fragilidades na produção eletiva, especialmente pela ausência da linha vascular, baixa execução de algumas especialidades, perda primária e absenteísmo, além de resultados não conformes na mortalidade institucional, suspensão cirúrgica, dupla checagem de medicamentos de alta vigilância e antibioticoprofilaxia. Os documentos das comissões evidenciam iniciativas de monitoramento e investigação, mas também apontam a necessidade de concluir os Protocolos de Londres, qualificar as memórias de cálculo, fortalecer os processos de segurança e assegurar a execução dos planos corretivos. Recomenda-se, portanto, o acompanhamento sistemático das ações propostas, com definição de

responsáveis, prazos e evidências de efetividade, buscando equilibrar a resposta à elevada pressão assistencial com a ampliação da produção eletiva, a segurança do paciente e o cumprimento das metas contratuais.

Ponta Porã, 25 de agosto de 2026.

Atenciosamente,

UMPH Cone Sul

CAH | SGH | SES-MS