



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: JUL26

Sumário

1	Identificação da Unidade	3
2	Sistemática de Pagamento	3
3	Regras de Pagamento da Parcela Variável	3
4	Valoração dos Desvios da Produção por Atividade Assistencial – Pesos Contratuais	3
4.1	Faixas de Pagamento relativas ao cumprimento das Metas de Produção	9
4.2	Valoração dos Desvios dos Indicadores de Desempenho e Qualidade por Eixo de Gestão – Pesos Contratuais	10
5	Metodologia de Monitoramento da Performance da Hospitalar	11
6	Monitoramento do Cumprimento das Metas de Produção	12
6.1	Metas de Produção Assistencial – Ambulatório de Especialidades Médicas	12
6.2	Metas de Produção Assistencial – Ambulatório de Especialidades Não Médicas	21
6.3	Metas de Produção Assistencial - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	22
6.4	Metas de Produção Assistencial – Cirurgias Eletivas	29
7	Monitoramento das Metas de Desempenho e Qualidade	40
7.1	Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde	40
7.2	Indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	49
7.3	Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária	54
7.4	Indicadores de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	55
8	Síntese Geral da Performance e Memória de Cálculo	57
8.1	Metas de Produção	57
8.2	Indicadores de Qualidade e Desempenho	58
8.3	Resultado Geral da Performance	60
9	Registros de caso e Plano de Trabalho	60
10	Emendas Parlamentares em Execução	62
11	Considerações Finais	62

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

Nº	Definição de Risco	Alocação de Responsabilidade	Impacto (Alto, Médio, Baixo)	Probabilidade (Provável, Ocasional, Remota, Improvável)	Mitigação (Medidas, Procedimentos para minimizar o risco)
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 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	Contratada	Médio	Remota	A Contratada deverá atender a RDC 222/2018 ANVISA/MS e

Nº	Definição de Risco	Alocação de Responsabilidade	Impacto (Alto, Médio, Baixo)	Probabilidade (Provável, Ocasional, Remota, Improvável)	Mitigação (Medidas, Procedimentos para minimizar o risco)
	de resíduos comuns e hospitalares				manter em funcionamento sua Comissão de Gerenciamento de Resíduos
8	Prejuízo a terceiros, incluindo erro, imperícia, negligência ou falhas na prestação de serviços	Contratada	Alto	Ocasional	A Contratada deverá difundir a cultura de segurança do paciente na 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	Contratada	Alto	Improvável	A Contratada deverá buscar modalidades de investimentos

Nº	Definição de Risco	Alocação de Responsabilidade	Impacto (Alto, Médio, Baixo)	Probabilidade (Provável, Ocasional, Remota, Improvável)	Mitigação (Medidas, Procedimentos para minimizar o risco)
	mercado financeiro				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 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

Nº	Definição de Risco	Alocação de Responsabilidade	Impacto (Alto, Médio, Baixo)	Probabilidade (Provável, Ocasional, Remota, Improvável)	Mitigação (Medidas, Procedimentos para minimizar o risco)
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
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 enfermagem 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	≥ 98%	5,00%
Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas	≤ 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	≥ 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%
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

A partir da competência de julho de 2026, o HRD deverá cumprir 100% das metas de produção previstas no Contrato de Gestão. O monitoramento das metas de produção assistencial referente à competência julho de 2026 foi realizado a partir da produção apresentada pela unidade hospitalar e dos documentos comprobatórios disponibilizados para análise, considerando os parâmetros quantitativos estabelecidos no Contrato de Gestão nº 01/2025 e respectivos instrumentos integrantes. A avaliação contempla as atividades assistenciais contratualizadas para a etapa de execução vigente, abrangendo o Ambulatório de Especialidades Médicas, o Ambulatório de Especialidades Não Médicas, os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e as Cirurgias Eletivas.

Para cada linha assistencial, são apresentados o volume contratual de referência, a produção apurada na competência, o percentual de alcance da meta e a respectiva análise do desempenho. As variações identificadas são examinadas considerando a dinâmica assistencial da unidade, a disponibilidade operacional dos serviços, os fluxos regulatórios, a demanda efetivamente encaminhada e, quando aplicável, as situações previstas na matriz de riscos contratual. A análise da produção tem por finalidade caracterizar o desempenho assistencial da unidade na competência, subsidiando, juntamente com os demais componentes de monitoramento contratual, a avaliação global da execução do Contrato de Gestão.

6.1 Metas de Produção Assistencial – Ambulatório de Especialidades Médicas

Na competência julho de 2026, o Ambulatório de Especialidades Médicas do Hospital Regional de Dourados apresentou 2.774 atendimentos e procedimentos realizados, frente à meta mensal consolidada de 3.216, correspondendo a 86,26% de alcance bruto da meta. Após a aplicação dos tratamentos previstos para as atividades assistenciais enquadradas na Matriz de Riscos, a quantidade considerada para fins de performance correspondeu a 3.470 atendimentos/procedimentos, equivalente a 107,90% da meta mensal consolidada.

A análise da competência deve, portanto, distinguir a produção assistencial efetivamente realizada da quantidade considerada para fins de performance contratual. A aplicação da Matriz de Riscos não altera o quantitativo efetivamente produzido, mas representa o tratamento contratual dos efeitos decorrentes de fatos geradores identificados e documentados, devendo sua utilização observar a origem do evento, a governabilidade das partes, as medidas de mitigação adotadas e o nexo entre o risco e o resultado assistencial.

Essa abordagem encontra-se alinhada ao Relatório Técnico nº 008/2026 – UMPH Cone Sul, segundo o qual a avaliação dos riscos não deve se restringir ao percentual de

alcance das metas, devendo considerar, entre outros elementos, capacidade instalada, utilização das vagas reguladas, perda primária, absenteísmo, estágio de implantação das linhas assistenciais e medidas adotadas para mitigação dos eventos.

Cardiologia Clínica e Risco Cirúrgico

O agrupamento Cardiologia Clínica e Risco Cirúrgico apresentou 420 atendimentos/procedimentos, frente à meta mensal de 360, correspondendo a 116,67% de alcance, não sendo identificado risco contratual para o agrupamento na competência.

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	401	FULL	401	FULL
	02.11.02.003-6 - ELETROCARDIOGRAMA	FULL	605	FULL	605	FULL
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLOGIA CLÍNICA > 12 anos)	100	127	✓ 127,00%	127	■ 127,00%
	02.11.02.006-0 - TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	180	148	■ 82,22%	148	■ 82,22%
	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	145	✓ 181,25%	145	■ 181,25%
	02.05.01.001-6 - ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE					
	02.05.01.002-4 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA					
	02.05.01.003-2 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	360	420	✓ 116,67%	420	■ 116,67%
CARDIOLOGIA CLÍNICA E RISCO CIRÚRGICO						

A consulta especializada em Cardiologia Clínica contabilizou 127 atendimentos frente à meta de 100, alcançando 127,00%. O Teste Ergométrico apresentou 148 procedimentos para uma meta de 180, equivalente a 82,22%, enquanto a Ecocardiografia de Estresse alcançou 145 procedimentos diante da meta de 80, correspondendo a 181,25%. Foram ainda realizadas 401 consultas de Risco Cirúrgico e 605 eletrocardiogramas, ambos parametrizados contratualmente como produção FULL. O desempenho agregado da linha superou o parâmetro estabelecido, embora permaneçam aspectos relacionados à utilização da capacidade ofertada, que foram regularizados mediante Apostilamento com readequação das metas da linha.

Ambulatório de Oftalmologia

O Ambulatório de Oftalmologia apresentou 334 atendimentos/procedimentos, frente à meta mensal de 815, correspondendo a 40,98% de alcance bruto da meta. Para a atividade foi identificado o Risco nº 11 da Matriz de Riscos, relacionado ao absenteísmo de pacientes com impacto na operacionalização da unidade e no cumprimento das metas.

A Matriz atribui à Contratada a responsabilidade pela adoção de medidas que garantam a comunicação tempestiva dos agendamentos, buscando favorecer o acesso dos usuários à instituição. Os dados de julho corroboram a ocorrência de perda importante ao longo do processo de utilização das agendas. Para a Consulta Geral de Oftalmologia foram

disponibilizadas 438 vagas, das quais 300 foram agendadas, sendo registrados 34,67% de absenteísmo e 31,51% de perda primária.

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 (OFTALMO ADULTO E PED)	815	334	✗ 40,98%	815	Matriz de Risco
	02.11.06.001-1 - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)		16			
	02.11.06.002-0 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO		62			
	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	FULL	0	FULL	FULL	FULL
	02.11.06.011-9 - GONIOSCOPIA		0			
	02.11.06.012-7 - MAPEAMENTO DE RETINA		76			
	02.11.06.014-3 - MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA		16			
	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 CÔRNEA		0			
	AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	815	334	✗ 40,98%	815	100,00%

A ocorrência do fenômeno já havia sido formalmente comunicada pelo HRD à SES/MS durante a própria competência. Por meio da CT nº 515453/2026, a unidade informou, ainda na primeira quinzena de julho, índices elevados de perda primária e absenteísmo em diferentes linhas assistenciais, registrando, naquele momento, absenteísmo de 53% nas consultas gerais de Oftalmologia.

A persistência do fenômeno ao longo da competência fornece evidência objetiva para o acompanhamento do risco, sem afastar a necessidade de análise separada da perda primária, que representa etapa distinta da jornada assistencial. Para fins de performance contratual, foi considerada a quantidade correspondente à meta de 815 atendimentos/procedimentos, preservando-se, para fins assistenciais e gerenciais, o registro da produção efetivamente realizada de 334.

Ambulatório de Urologia

O Ambulatório de Urologia apresentou 106 atendimentos/procedimentos frente à meta mensal de 276, correspondendo a 38,41% de execução bruta. No detalhamento da linha, foram realizadas 83 consultas especializadas, 23 ultrassonografias de próstata por via abdominal e nenhuma biópsia de próstata.

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	83	83,00%	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	23	✗ 16,91%	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 - AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA					
AMBULATÓRIO DE UROLOGIA		276	106	✗ 40,98%	276	100,00%

Para a atividade foi identificado o Risco nº 14 – Omissão ou falhas na regulação de pacientes, cuja responsabilidade contratual é atribuída à Contratante. A Matriz estabelece que a estrutura responsável pela regulação deverá manter atualizada a fila de acesso e desenvolver ações efetivas para atendimento da demanda, não devendo eventual deficiência regulatória repercutir sobre o cumprimento das metas quando comprovado o respectivo fato gerador.

No monitoramento operacional da linha, o agrupamento Consulta + Ultrassonografia de Urologia apresentou 176 vagas ofertadas, 146 agendamentos e 109 realizações, correspondendo a 17,05% de perda primária e 25,34% de absenteísmo. Além disso, o HRD já havia comunicado formalmente à SES/MS, durante a primeira quinzena de julho, dificuldades na formação da demanda, registrando, naquele período, 55,1% de perda primária em Urologia. A CT nº 515453/2026 também relata que pacientes regulados para algumas especialidades, incluindo Urologia, nem sempre chegavam à avaliação com todos os exames necessários à definição da conduta, ocasionando solicitação de complementação diagnóstica, retornos adicionais e prolongamento da trajetória até eventual definição terapêutica.

Os dados indicam, portanto, coexistência de componentes distintos: insuficiência de ocupação das vagas disponibilizadas, absenteísmo após o agendamento e necessidade de qualificação do encaminhamento regulado. Para fins de enquadramento no Risco nº 14, deverão ser consideradas primordialmente as evidências relacionadas à formação e ao preenchimento da demanda regulada. Reconhecido o risco, foi considerada para fins de performance a quantidade correspondente à meta de 276 atendimentos/procedimentos.

Ambulatório de Cirurgia Vascular

O Ambulatório de Cirurgia Vascular apresentou 437 atendimentos/procedimentos frente à meta de 400, alcançando 109,25%, sem identificação de risco contratual na competência. Foram realizadas 236 consultas especializadas, equivalente a 118,00% da meta, e 201 procedimentos de tratamento esclerosante não estético de varizes, atingindo 100,50% do parâmetro estabelecido.

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	236	✓ 118,00%	236	■ 118,00%
	03.09.07.001-5 - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	200	201	✓ 100,50%	201	■ 100,50%
	03.09.07.002-3 - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)					
AMBULATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR		400	437	✓ 109,25%	437	■ 109,25%

Embora a produção tenha superado a meta, o acompanhamento das agendas demonstra oportunidades de aprimoramento. As consultas apresentaram 20,52% de

absenteísmo e 9,13% de perda primária, enquanto os procedimentos registraram ausência de absenteísmo, porém 21,89% de perda primária. O resultado produtivo, contudo, permaneceu superior ao parâmetro contratual, não sendo necessária aplicação da Matriz de Riscos.

Ambulatório de Cirurgia Bariátrica

O Ambulatório de Cirurgia Bariátrica contabilizou 39 atendimentos frente à meta mensal de 30, alcançando 130,00%, sem identificação de risco contratual. No acompanhamento operacional do Ciclo Bariátrico, agregando os atendimentos relacionados à Gastroenterologia e Endocrinologia, foram disponibilizadas 144 vagas, das quais 112 foram agendadas, correspondendo a 22,22% de perda primária, sem absenteísmo registrado no demonstrativo consolidado.

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	18	✓ 130,00%	39	■ 130,00%
	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	30	21			
AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA		30	39	✓ 130,00%	39	■ 130,00%

Apesar da superação da meta, a perda primária observada permanece como elemento relevante para o acompanhamento da utilização da capacidade instalada e da formação da demanda da linha assistencial.

Outras Consultas Especializadas

O agrupamento Outras Consultas Especializadas apresentou 1.438 atendimentos efetivamente realizados frente à meta mensal de 1.335, correspondendo a 107,72% de alcance bruto. Após o tratamento da Consulta de Egressos da UTI Pediátrica no processo de apuração da competência, a quantidade considerada para fins de performance passou a 1.483, resultando em 111,09%.

A consulta especializada em Gastroenterologia Adulto apresentou 37 atendimentos para uma meta de 40, correspondendo a 92,50%. Resultado idêntico foi verificado na Endocrinologia Adulto, também com 37 atendimentos frente à meta de 40. A consulta pré-cirúrgica em Cirurgia Geral contabilizou 592 atendimentos diante da meta de 645, correspondendo a 91,78%. Foram ofertadas 820 vagas, das quais 641 foram agendadas, registrando-se 21,83% de perda primária e 7,64% de absenteísmo.

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	37	92,50%	37	92,50%
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ENDOCRINO >12 anos)	40	37	92,50%	37	92,50%
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL ADULTO E PED)	645	592	91,78%	592	91,78%
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA PLÁSTICA)	0	Apostilado PS PED			
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GINECOLÓGICA >12 anos)	180	224	124,44%	224	124,44%
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OTORRINO)	40	109	272,50%	109	272,50%
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA ORTOPÉDICA ADULTO E PED)	340	434	127,65%	434	127,65%
	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (UTI PED)	50	5	10,00%	50	Matriz de Risco
	OUTRAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS	1.335	1.438	107,72%	1.483	111,09%

A Ginecologia apresentou 224 consultas frente à meta de 180, alcançando 124,44%. Apesar do cumprimento quantitativo, verificou-se absenteísmo de 37,93%, maior percentual observado entre as consultas relacionadas no demonstrativo, associado a perda primária de 6,02%. A Otorrinolaringologia registrou 109 consultas frente à meta de 40, correspondendo a 272,50%. O demonstrativo de utilização das agendas apresentou, entretanto, 92,31% de perda primária, indicando reduzida conversão da oferta disponibilizada em agendamentos no fluxo analisado.

A Ortopedia Adulto e Pediátrica contabilizou 434 consultas diante da meta de 340, alcançando 127,65%. Paralelamente, foram registrados 22,38% de absenteísmo e 9,87% de perda primária. O Relatório Técnico nº 008/2026 ressalta que Cirurgia Geral, Ginecologia e Ortopedia mantêm produção regular, porém parcela da capacidade ofertada não se converte em atendimento, recomendando a continuidade do monitoramento da perda primária, da origem dos pacientes e do comportamento regional da demanda.

Neurologia Clínica

O Ambulatório de Neurologia Clínica permanece não implantado. A situação da especialidade, contudo, foi objeto de readequação formal e não compõe a meta consolidada utilizada na aferição do Ambulatório de Especialidades Médicas na competência.

TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
NEUROLOGIA CLÍNICA	03.01.01.007-2 – CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEURO-ADULTO E PED)	0	0	0	Apostilado PS PED	0
	02.11.05.008-3 – ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)					
	02.11.05.005-9 – ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)					
	02.11.05.010-5 – POLISSONOGRAMA					
	02.11.05.002-4 – ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA G/OU S/ FOTO-ESTIMULO					
	02.07.01.001-3 – ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	0	0	0	0	0
AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA CLÍNICA		0	0	0	0	0

O Relatório Técnico nº 008/2026 registra que foram realizadas estratégias formais de captação pela Contratada, incluindo tentativa de contratação de empresa prestadora de

serviços médicos e processos seletivos destinados à contratação de Médico Neurologista pelo regime CLT, tendo sido formalmente evidenciada dificuldade de captação desse profissional no mercado. A especialidade foi posteriormente objeto de readequação por Apostilamento, com suspensão temporária das metas e direcionamento de capacidade para implantação do atendimento pediátrico definido entre as partes. Durante a vigência desse instrumento, a obrigação quantitativa suspensa não deverá receber tratamento concomitante pela Matriz de Riscos. Dessa forma, o status da linha na competência é de META TEMPORARIAMENTE READEQUADA, permanecendo sob responsabilidade da Contratada a estruturação e captação futura do serviço.

Cirurgia Plástica – componente ambulatorial

A Consulta Especializada em Cirurgia Plástica também permanece não implantada e foi objeto de readequação formal temporária. As evidências consolidadas demonstram tentativa de contratação sem obtenção de proposta economicamente viável, tendo sido identificados valores incompatíveis com a viabilidade orçamentária do serviço. Assim como na Neurologia Clínica, durante a vigência do Apostilamento a avaliação deverá observar a obrigação quantitativa formalmente ajustada, sem aplicação concomitante da Matriz de Riscos sobre a meta suspensa. Permanece, entretanto, sob responsabilidade da Contratada a continuidade das ações de captação e estruturação da especialidade. O status da linha permanece, portanto, como META TEMPORARIAMENTE READEQUADA.

Consulta de Egressos da UTI Pediátrica

A Consulta de Egressos da UTI Pediátrica apresentou cinco atendimentos frente à meta mensal de 50, correspondendo a 10,00% de alcance bruto da meta. A interpretação desse resultado requer abordagem distinta das demais consultas especializadas. A formação da demanda para essa atividade não decorre de uma fila ambulatorial convencional, mas do universo de pacientes previamente admitidos na UTI Pediátrica que, após a alta, apresentem critérios clínicos para acompanhamento programado.

O Relatório Técnico nº 008/2026 registra que, em julho, foram realizados cinco atendimentos e que a base potencial de pacientes elegíveis estava relacionada a apenas quatro altas da UTI Pediátrica no mês anterior. Foram disponibilizadas 52 vagas e apenas cinco foram agendadas, resultando, pela metodologia geral de acompanhamento das agendas, em perda primária de 90,38%.

Nesse caso específico, entretanto, a diferença entre vagas ofertadas e agendamentos não deve ser interpretada automaticamente como falha no preenchimento regulatório. A quantidade de usuários aptos à consulta depende do número e do perfil dos pacientes que

efetivamente evoluem para alta e apresentam indicação clínica de seguimento após internação na terapia intensiva pediátrica. O fluxo deve, portanto, ser analisado sequencialmente a partir do número de pacientes admitidos na UTI Pediátrica, das altas ocorridas, da identificação dos egressos elegíveis, dos retornos programados, dos agendamentos realizados e do efetivo comparecimento. Pode ainda ocorrer, entre os pacientes efetivamente elegíveis e agendados, absenteísmo, devendo essa situação ser acompanhada separadamente da insuficiência de população elegível.

O Relatório Técnico nº 008/2026 classificou a atividade como EM REAVALIAÇÃO DE META, recomendando revisão do modelo de mensuração considerando o universo real de egressos elegíveis e a possibilidade de incorporação de seguimentos de outras linhas, desde que preservada a finalidade assistencial do serviço. Para a apuração da competência julho, a tabela de performance considerou a quantidade correspondente à meta mensal de 50 consultas. Entretanto, tecnicamente, a continuidade desse tratamento deverá ser reavaliada à luz da análise específica da população elegível e da futura adequação do parâmetro contratual.

Perda primária e absenteísmo no Ambulatório de Especialidades Médicas

A utilização das agendas ambulatoriais constitui dimensão complementar da análise da produção. No demonstrativo consolidado disponibilizado pelo HRD para a competência foram registradas 3.462 vagas ofertadas, das quais foram apuradas 20,05% de perda primária e 12,43% de absenteísmo no conjunto monitorado. Os dois indicadores representam etapas distintas do fluxo assistencial e, conseqüentemente, devem ser avaliados separadamente.

A perda primária traduz a parcela da capacidade ofertada que não foi convertida em agendamento. O absenteísmo, por sua vez, ocorre após a ocupação da vaga, quando o usuário previamente agendado não comparece ao atendimento. Entre as maiores taxas de absenteísmo destacaram-se Ginecologia (37,93%), Oftalmologia (34,67%), Urologia (25,34%), Ortopedia (22,38%), Cardiologia Clínica (21,21%) e Cirurgia Vascular (20,52%).

Quanto à perda primária, os maiores percentuais foram observados em Otorrinolaringologia (92,31%), Consulta de Egressos da UTI Pediátrica (90,38%), Ecocardiografia de Estresse (83,33%), Oftalmologia (31,51%), Ciclo Bariátrico (22,22%), procedimentos de Cirurgia Vascular (21,89%) e Cirurgia Geral (21,83%). A unidade já havia comunicado formalmente à SES/MS, durante julho, a ocorrência transversal desses eventos e seus possíveis reflexos sobre a produção assistencial, solicitando apoio para fortalecimento do preenchimento das agendas reguladas, qualificação dos encaminhamentos e redução do absenteísmo em articulação com as Centrais Municipais de Regulação.

Ressalta-se que o demonstrativo de perda primária e absenteísmo possui escopo operacional específico e não reproduz integralmente o universo utilizado para a apuração da produção contratual. Seus dados devem ser utilizados como elementos complementares para identificação do ponto do fluxo em que ocorre perda de capacidade, não substituindo os quantitativos validados para aferição das metas contratuais.

Plano de Mitigação de Risco e Acompanhamento – Ambulatório de Especialidades Médicas

Considerando os riscos identificados, as situações de readequação contratual e os resultados de perda primária e absenteísmo, deverão ser mantidas ou implementadas as seguintes medidas:

Situação/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Risco nº 11 – Absenteísmo / Oftalmologia e demais agendas com elevada ausência	Realizar confirmação prévia do atendimento; manter cadastro atualizado de contato; promover reconvocação e reaproveitamento de vagas canceladas; identificar causas de não comparecimento por especialidade e município; acompanhar mensalmente o absenteísmo; articular com as Centrais Municipais de Regulação estratégias de orientação e comunicação dos usuários.
Risco nº 14 – Regulação / Urologia	Manter controle das vagas ofertadas, agendadas e não ocupadas; formalizar junto à CORE as vagas disponibilizadas que não resultarem em agendamento; conciliar periodicamente a oferta hospitalar com as filas regulatórias; qualificar os requisitos de encaminhamento e exames mínimos necessários; documentar as intercorrências regulatórias e acompanhar a utilização das vagas por município de origem.
Neurologia Clínica – Meta temporariamente readequada	Manter Plano de Captação e Estruturação; registrar novas tentativas de contratação e alternativas de provimento; avaliar condições de mercado e custos; manter cronograma de implantação e reavaliar a linha ao término do período previsto no Apostilamento.
Cirurgia Plástica – Meta temporariamente readequada	Manter prospecção de mercado; revisar modelo de contratação e remuneração; documentar propostas e razões de inviabilidade; estabelecer nova estratégia de captação e cronograma para futura implantação.
Egressos da UTI Pediátrica – Meta em reavaliação	Manter controle mensal das admissões na UTI Pediátrica, altas, pacientes elegíveis ao seguimento, retornos programados, agendamentos, atendimentos e faltas; identificar motivos de não elegibilidade; acompanhar absenteísmo exclusivamente entre usuários efetivamente agendados; produzir série histórica para subsidiar a reavaliação da meta contratual.
Perda primária ambulatorial	Padronizar o monitoramento de vagas ofertadas, agendadas e realizadas por linha assistencial e município de origem; comunicar tempestivamente baixa ocupação da oferta; avaliar conjuntamente com a CORE a existência e o comportamento das filas regulatórias.
Absenteísmo ambulatorial	Separar faltas reais de cancelamentos, reagendamentos e outras situações que impeçam a realização; acompanhar causas por linha assistencial; promover confirmação, reconvocação, reaproveitamento e articulação com os municípios.

Situação/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Qualificação da linha pré-cirúrgica	Acompanhar a jornada do paciente após a primeira consulta, identificando indicação cirúrgica, necessidade de investigação complementar, avaliação cardiológica ou pré-anestésica, tratamento clínico prévio, contraindicação, desistência, perda de seguimento e absenteísmo em etapas subsequentes.

6.2 Metas de Produção Assistencial – Ambulatório de Especialidades Não Médicas

Na competência julho de 2026, o Ambulatório de Especialidades Não Médicas apresentou 149 atendimentos realizados, frente à meta mensal consolidada de 120 atendimentos, correspondendo a 124,17% de alcance da meta.

TIPO DE	TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP	Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS	SERV SOCIAL 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) SERVIÇO SOCIAL	120	73	✓ 124,17%	149	■ 124,17%
	NUTRI 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA		19			
	PSICO 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) PSICOLOGIA		0			
	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	149	✓ 124,17%	149	■ 124,17%
Resultado Parcial		120	149	✓ 124,17%	149	■ 124,17%

A produção foi composta por atendimentos realizados pela equipe multiprofissional, com registro de 73 atendimentos de Serviço Social, 57 de Fisioterapia e 19 de Nutrição, totalizando os 149 atendimentos contabilizados na competência. Não foram registrados atendimentos de Psicologia e Fonoaudiologia no demonstrativo de produção apresentado.

A meta contratual encontra-se estabelecida para o agrupamento Equipe Multiprofissional, e não de forma individualizada para cada categoria profissional. Dessa forma, a avaliação do cumprimento deve considerar a produção agregada das categorias que compõem a atividade assistencial, resultando em desempenho de 124,17% da meta mensal.

Em termos de composição, o Serviço Social respondeu por aproximadamente 49,0% da produção do agrupamento, seguido pela Fisioterapia, com 38,3%, e pela Nutrição, com 12,8%. A distribuição demonstra participação diferenciada das categorias profissionais na produção mensal, sem prejuízo do cumprimento da meta global estabelecida para a equipe.

Não foi identificado evento que justificasse aplicação da Matriz de Riscos para o Ambulatório de Especialidades Não Médicas na competência. Assim, a quantidade considerada para fins de performance corresponde integralmente à produção efetivamente realizada, ou seja, 149 atendimentos, mantendo-se o resultado final em 124,17%. Plano de Acompanhamento: Considerando que não houve identificação de risco contratual relacionado à atividade na competência, não se aplica plano específico de mitigação de risco.

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

Na competência julho de 2026, o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT apresentou comportamento heterogêneo entre as diferentes modalidades diagnósticas, com manutenção de elevada produção nos serviços executados sob demanda e desempenho inferior às metas quantitativas em parte das linhas reguladas ou dependentes de equipamentos e processos assistenciais específicos. Para fins de apuração da performance, foram consideradas exclusivamente as atividades que possuem meta quantitativa mensal atribuída. Os procedimentos classificados como FULL são realizados sob demanda, não possuem meta contratual e, portanto, não se submetem à aplicação da Matriz de Riscos nem integram a contagem consolidada das metas.

TIPO DE	TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
Exames de Apoio Diagnóstico	SOB DEMANDA	02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO	FULL	16.122	FULL	FULL	100,00%
		04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	FULL	1.360	FULL	FULL	100,00%
	IMAGEM	02.04.03.003-0 - MAMOGRAFIA	150	0	0,00%	150	Matriz de Risco
		02.04.06.002-8 - DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	110	35	31,82%	110	Matriz de Risco
		05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA	440	289	65,68%	440	Matriz de Risco
		06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	1.000	649	64,90%	1.000	Matriz de Risco
		07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	480	269	56,04%	480	Matriz de Risco
	EDA + COLONO	02.09.01.003-7 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	400	321	80,25%	400	Matriz de Risco
		02.09.01.002-9 - COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	240	156	65,00%	240	Matriz de Risco
	PNEUMO	02.11.08.005-5 - ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	60	0	0,00%	60	Matriz de Risco
	Resultado Parcial			2.880	1.719	59,69%	2.880

Nas atividades com metas quantitativas mensais, foram realizados 1.719 exames/procedimentos frente à meta consolidada de 2.880, correspondendo a 59,69% de alcance bruto. Após a aplicação da Matriz de Riscos às linhas nas quais foram reconhecidos eventos com repercussão sobre a capacidade de cumprimento das metas, a quantidade considerada para fins de performance correspondeu a 2.880 procedimentos, equivalente a 100,00% da meta consolidada.

Paralelamente, os serviços parametrizados como produção FULL mantiveram produção expressiva, com 16.122 exames de Diagnóstico em Laboratório Clínico e 1.360 exames de Diagnóstico por Radiologia. Esses quantitativos são apresentados apenas para demonstrar a produção assistencial realizada sob demanda, não sendo incluídos na soma das metas nem na aplicação da Matriz de Riscos.

A análise do SADT deve distinguir a produção contratual consolidada do acompanhamento específico das agendas reguladas. No demonstrativo operacional de julho foram monitorados 2.382 exames ofertados, resultando em 19,83% de absenteísmo e 3,90% de perda primária. Esse universo possui escopo próprio e não corresponde integralmente aos quantitativos utilizados para a apuração contratual, sendo empregado como evidência

complementar da dinâmica de oferta, agendamento, comparecimento e eventuais interrupções operacionais.

Mamografia

A Mamografia apresentou produção igual a zero frente à meta mensal de 150 exames. Por possuir meta quantitativa atribuída, a atividade integra a contagem consolidada das metas e foi submetida à aplicação da Matriz de Riscos. Para fins da apuração da competência, foi enquadrada no Risco nº 14, relacionado a falhas ou insuficiência no processo regulatório, sendo considerada a quantidade correspondente à meta mensal de 150 exames.

A análise das evidências demonstra, entretanto, importante evolução do fato gerador ao longo da execução contratual. O risco tecnológico anteriormente relacionado ao equipamento foi superado após substituição da peça danificada e restabelecimento da capacidade operacional. Após a retomada, o HRD disponibilizou vagas ao CORE, porém, a Regulação Estadual informou não haver, naquele momento, pacientes em fila de espera para o exame na região.

Assim, em julho, a ausência de produção deixou de decorrer de indisponibilidade tecnológica e passou a estar associada à insuficiência de demanda regulada frente à capacidade disponibilizada. Dessa forma, o risco tecnológico deve permanecer encerrado, preservando-se seu registro histórico, enquanto o comportamento da produção deverá ser acompanhado sob a perspectiva regulatória, desde que o HRD mantenha capacidade operacional e oferta regular documentadas. **Status: risco tecnológico encerrado / risco regulatório em monitoramento.**

Densitometria Óssea

A Densitometria Óssea apresentou 35 exames realizados frente à meta mensal de 110, correspondendo a 31,82% de alcance bruto. Por possuir meta quantitativa atribuída, a atividade integra a contagem consolidada das metas e foi submetida ao tratamento da Matriz de Riscos, sendo assumida, para fins de performance da competência, a quantidade correspondente à meta de 110 exames. A planilha de enquadramento classifica o evento como Risco nº 16. O acompanhamento operacional das agendas registrou 138 vagas ofertadas e agendadas e 30 exames efetivamente realizados no universo monitorado, com 78,26% de não realização classificada no demonstrativo como absenteísmo.

Esse percentual, entretanto, não pode ser interpretado isoladamente como ausência dos usuários. O equipamento apresentou falha em 09/07/2026, tendo sido acionada a Engenharia Clínica e posteriormente o fabricante, com abertura do processo OCS30.2026.JUL.01589 para manutenção corretiva especializada. A avaliação técnica

identificou problemas relacionados à calibração e necessidade de manutenção presencial para continuidade do diagnóstico e reparo.

Consequentemente, parte das não realizações registradas nas agendas decorreu da indisponibilidade tecnológica, sendo necessário separar faltas reais dos usuários de cancelamentos e reagendamentos ocasionados pela falha do equipamento. A ocorrência e o impacto do evento tecnológico estão comprovados. O Relatório Técnico nº 008/2026, entretanto, registra a alocação contratual definitiva como pendente de deliberação, recomendando apreciação das obrigações relacionadas à disponibilidade, manutenção e reposição de componentes. **Status:** ativo – manutenção corretiva em andamento / alocação contratual pendente de consolidação.

Diagnóstico por Ultrassonografia

O Diagnóstico por Ultrassonografia apresentou 289 exames frente à meta mensal de 440, correspondendo a 65,68% de alcance bruto. Por possuir meta quantitativa atribuída, a atividade integra a contagem consolidada das metas e foi submetida à Matriz de Riscos, sendo considerada para performance a quantidade correspondente à meta mensal. O quadro de identificação dos riscos registra para essa atividade o Risco nº 11, relacionado ao absenteísmo. Entretanto, o demonstrativo operacional consolidado apresenta 271 vagas ofertadas, 268 agendadas e 289 exames realizados, com perda primária de apenas 1,11% e ausência de absenteísmo no universo monitorado.

Diante dessa diferença, o dado operacional disponível, isoladamente, não demonstra materialização do Risco nº 11 para o conjunto da Ultrassonografia. Considerando que o agrupamento contratual pode incorporar modalidades e fluxos não integralmente contemplados no demonstrativo de agendas, recomenda-se que o enquadramento seja acompanhado da documentação específica que identifique os exames, agendas ou modalidades em que ocorreu o absenteísmo. Na ausência de evidência complementar, a tipificação do risco deverá ser reavaliada nas competências subsequentes, de forma a garantir aderência entre o fato gerador efetivamente ocorrido e o risco contratual aplicado.

Diagnóstico por Tomografia Computadorizada

O Diagnóstico por Tomografia Computadorizada apresentou 649 exames frente à meta mensal de 1.000, correspondendo a 64,90% de alcance bruto. Por possuir meta quantitativa atribuída, a atividade integra a contagem consolidada das metas e foi submetida à Matriz de Riscos, sendo considerada, para fins de performance, a quantidade correspondente à meta mensal de 1.000 exames. A planilha da competência identifica o Risco nº 16.

A produção de julho foi diretamente afetada por indisponibilidade tecnológica. O equipamento apresentou falha em 08/07/2026, foi submetido a intervenções corretivas e, após nova ocorrência, teve seu funcionamento plenamente restabelecido em 23/07/2026. No universo específico acompanhado pelas agendas reguladas, foram registrados 782 exames de Tomografia convencional ofertados, 756 agendados e 390 realizados. Na modalidade com contraste e/ou sedação foram ofertados 230 exames, 229 foram agendados e 34 realizados. O demonstrativo calculou 85,15% de não realização na modalidade com contraste/sedação.

Contudo, diante da indisponibilidade do equipamento durante parte relevante da competência, tais não realizações não devem ser automaticamente classificadas como absenteísmo, uma vez que parcela dos pacientes pode ter sido cancelada ou reagendada em decorrência da falha tecnológica. O Relatório Técnico nº 008/2026 reconheceu a materialização e o impacto do evento, mas registrou que a alocação contratual definitiva deve considerar titularidade do equipamento, obrigações de manutenção preventiva e corretiva, reposição de componentes e tempestividade das providências adotadas. **Status:** evento tecnológico superado em 23/07/2026 / alocação contratual pendente de consolidação.

Diagnóstico por Ressonância Magnética

O Diagnóstico por Ressonância Magnética apresentou 269 exames frente à meta mensal de 480, correspondendo a 56,04% de alcance bruto. Por possuir meta quantitativa atribuída, a atividade integra a contagem consolidada das metas e foi enquadrada na Matriz de Riscos, sendo considerada para fins de performance a quantidade correspondente à meta mensal. O quadro de enquadramento indica o Risco nº 11.

O acompanhamento das agendas demonstra comportamento distinto entre as modalidades. Na Ressonância Magnética geral foram ofertadas 230 vagas, 229 foram agendadas e 252 exames foram realizados, sem absenteísmo registrado e com perda primária de 0,43%. Na modalidade específica com contraste e/ou sedação, foram ofertadas e agendadas 90 vagas, realizadas 51, com 43,33% de não comparecimento/não realização registrado no demonstrativo. O Risco nº 11 encontra, portanto, evidência mais objetiva na modalidade de maior complexidade operacional.

Deve-se considerar, adicionalmente, que a Ressonância Magnética é uma linha de implantação recente e ainda em processo de estabilização. O Relatório Técnico nº 008/2026 destaca que os exames com contraste e/ou sedação demandam seleção adequada dos pacientes, protocolos específicos, equipe, insumos e fluxos de recuperação, classificando a situação como ATIVO/TRANSITÓRIO e recomendando reavaliação após estabilização da capacidade operacional e da demanda regulada. Assim, a análise da linha deverá continuar

segregando a produção por modalidade e identificando separadamente absenteísmo, condições operacionais e fatores relacionados à fase de consolidação do serviço.

Esofagogastroduodenoscopia – EDA

A Esofagogastroduodenoscopia – EDA apresentou 321 exames frente à meta mensal de 400, correspondendo a 80,25% de alcance bruto. Por possuir meta quantitativa atribuída, a atividade integra a contagem consolidada das metas e foi enquadrada no Risco nº 11, sendo assumida, para fins de performance, a quantidade correspondente à meta mensal. No demonstrativo de utilização das agendas foram registradas 414 vagas ofertadas, 412 agendamentos e 311 realizações, resultando em 24,51% de absenteísmo e perda primária de apenas 0,48%.

O comportamento evidencia boa ocupação regulatória da oferta, uma vez que praticamente todas as vagas disponibilizadas foram agendadas, porém perda relevante na etapa posterior ao agendamento. O resultado é, portanto, compatível com o evento descrito pelo Risco nº 11. Por se tratar de exame que exige preparo prévio, jejum e organização do usuário, o acompanhamento deverá incorporar não apenas a confirmação da presença, mas também a identificação das causas de ausência e de cancelamentos relacionados ao preparo inadequado.

Colonoscopia

A Colonoscopia apresentou 156 exames frente à meta mensal de 240, correspondendo a 65,00% de alcance bruto. Por possuir meta quantitativa atribuída, a atividade integra a contagem consolidada das metas e foi enquadrada no Risco nº 11, tendo sido considerada, para fins de performance, a quantidade correspondente à meta mensal de 240 exames. No acompanhamento operacional foram ofertadas 182 vagas, 167 foram agendadas e 156 exames realizados, resultando em 8,24% de perda primária e 6,59% de absenteísmo. O Relatório Técnico nº 008/2026 registra melhora relativa do serviço em relação às competências anteriores, mas recomenda a manutenção do monitoramento em razão do histórico de produção inferior à meta e das particularidades relacionadas ao preparo intestinal, sedação, deslocamento dos usuários e adesão ao procedimento. **Status:** ativo, sob monitoramento.

Espirometria / Prova de Função Pulmonar

A Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador permaneceu sem produção na competência, frente à meta mensal de 60 exames. Por possuir meta quantitativa atribuída, a atividade integra a contagem consolidada das metas e foi

submetida à Matriz de Riscos, sendo considerada, para fins de performance, a quantidade correspondente à meta mensal. A planilha de enquadramento identificou o Risco nº 16. O serviço permanece não implantado. O Relatório Técnico nº 008/2026 registra que os equipamentos e a estrutura necessários não foram contemplados nos processos iniciais de aquisição realizados pela SES/MS, tendo a responsabilidade pela viabilização do serviço sido posteriormente transferida à Contratada.

A AGIR demonstrou adoção de medidas mitigadoras. O processo CTS30.2025.SET.00177, iniciado em setembro de 2025 para contratação conjunta de Espirometria e Pneumologia, foi publicado e republicado por três vezes sem obtenção de propostas para a totalidade do objeto. Após análise da dificuldade de mercado, optou-se pela reestruturação e segregação dos serviços, com abertura do processo CTS30.2026.MAI.01266, que se encontrava, nas evidências mais recentes, em análise do mapa de preços. A existência de tentativas documentadas demonstra gerenciamento e mitigação do risco, mas não afasta a obrigação de conclusão da implantação.

Considerando que o Relatório Técnico nº 008/2026 atribui atualmente à Contratada a responsabilidade pela viabilização do serviço, recomenda-se também que a tipificação do risco utilizada nas competências subsequentes seja compatibilizada com a atual alocação de governabilidade, evitando manutenção automática de enquadramento cuja origem tenha se modificado ao longo da execução contratual. Status: ativo – em processo de mitigação / processo de contratação em andamento.

Análise da perda primária, absenteísmo e não realização dos exames

No conjunto específico de exames regulados monitorados, foram ofertados 2.382 procedimentos, com perda primária global de 3,90% e indicador de absenteísmo/não realização de 19,83%. Esse demonstrativo possui finalidade operacional e não deve ser confundido com a apuração da meta contratual consolidada. A contagem das metas considera somente os procedimentos com meta quantitativa atribuída. Os procedimentos classificados como FULL, ainda que possam constar do acompanhamento operacional ou da produção assistencial geral, não integram essa contagem.

A baixa perda primária global demonstra que, no conjunto, a maior parte das vagas disponibilizadas foi efetivamente ocupada pela regulação. Entretanto, a diferença entre agendamento e realização apresentou causas distintas conforme a modalidade. Foram observados percentuais elevados de não realização na Tomografia com contraste e/ou sedação (85,15%), Densitometria Óssea (78,26%) e Ressonância com contraste e/ou sedação (43,33%), enquanto a EDA apresentou absenteísmo de 24,51%.

Esses percentuais não devem ser tratados indistintamente como faltas dos usuários. Nos casos de Tomografia e Densitometria houve indisponibilidade tecnológica comprovada durante parte da competência, podendo ter ocorrido cancelamentos ou reagendamentos institucionais. O próprio Relatório Técnico nº 008/2026 recomenda separar faltas reais de cancelamentos e reagendamentos decorrentes de indisponibilidade tecnológica ou assistencial, de forma a obter indicador depurado de absenteísmo.

Essa qualificação é essencial para correta aplicação da Matriz de Riscos nas atividades que possuem metas quantitativas, uma vez que absenteísmo, perda primária, indisponibilidade tecnológica e estágio de implantação são fatos geradores distintos, com diferentes responsabilidades e medidas de mitigação. Nos procedimentos FULL, por não haver meta atribuída, não se aplica a Matriz de Riscos para fins de performance quantitativa.

Plano de Mitigação de Risco e Acompanhamento – SADT

Atividade/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Mamografia – Risco regulatório / Risco nº 14	Manter capacidade operacional e oferta regular ao CORE; registrar quantitativamente as vagas disponibilizadas; documentar ausência ou insuficiência de demanda regulada; acompanhar fila regional; comunicar formalmente períodos de oferta sem agendamento; manter encerrado o risco tecnológico enquanto o equipamento permanecer operacional.
Densitometria – evento tecnológico	Acompanhar o processo OCS30.2026.JUL.01589 até a solução definitiva; monitorar visita técnica, peças, calibração, reparo e testes; manter registro do período efetivo de indisponibilidade; separar pacientes faltosos daqueles cancelados/reagendados pela parada do equipamento; formalizar retomada operacional; submeter a alocação definitiva do risco à instância competente.
Ultrassonografia – enquadramento no Risco nº 11	Identificar por modalidade e agenda onde ocorreu o absenteísmo que fundamentou o enquadramento; manter painel de oferta, agendamento e realização; revisar a tipificação caso os dados subsequentes continuem demonstrando baixa perda primária e ausência de absenteísmo no conjunto monitorado.
Tomografia – evento tecnológico	Manter plano de manutenção preventiva e corretiva; registrar datas de parada e retorno operacional; documentar assistência técnica e substituição de componentes; segregar faltas reais de cancelamentos institucionais; monitorar estabilidade do equipamento após 23/07/2026; consolidar a alocação contratual do evento tecnológico.
Ressonância Magnética – Risco nº 11 / linha em estabilização	Segregar produção e indicadores entre exames convencionais e modalidades com contraste/sedação; confirmar previamente usuários das modalidades complexas; acompanhar causas de ausência, contraindicações e cancelamentos; revisar protocolos, equipe e fluxo de recuperação; monitorar evolução até estabilização da capacidade e da demanda.
EDA – Risco nº 11	Confirmar previamente os usuários; reforçar orientações relativas ao preparo e jejum; manter lista de reposição; analisar ausências e cancelamentos por município; reaproveitar vagas liberadas em tempo oportuno; monitorar mensalmente o absenteísmo.

Atividade/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Colonoscopia – Risco nº 11	Manter confirmação ativa, orientação detalhada de preparo intestinal, lista de reposição e articulação com municípios; separar faltas de exames suspensos por preparo inadequado ou condição clínica; acompanhar perda primária e absenteísmo e reavaliar aderência da meta após série histórica.
Espirometria/PFM – serviço não implantado	Acompanhar o processo CTS30.2026.MAI.01266 até sua conclusão; estabelecer prazo e cronograma de implantação; caso a contratação não seja exitosa, apresentar nova estratégia alternativa; manter documentação das prospecções de mercado, propostas e dificuldades encontradas; reavaliar a correta tipificação contratual do risco conforme a responsabilidade atualmente atribuída à Contratada.
Procedimentos FULL – produção sob demanda	Manter acompanhamento assistencial e operacional da produção realizada, da oferta e da demanda; registrar eventuais restrições de capacidade ou problemas de acesso; não aplicar Matriz de Riscos para fins de performance quantitativa; não incluir esses procedimentos na contagem consolidada das metas.

De forma transversal, o HRD deverá estruturar o acompanhamento mensal dos exames regulados com separação entre vagas ofertadas, vagas agendadas, exames realizados, faltas de usuários, cancelamentos por indisponibilidade tecnológica, reagendamentos institucionais, contraindicações clínicas e outras causas de não realização. Tal estratificação permitirá atribuir corretamente cada desvio ao respectivo fato gerador e avaliar a efetividade das medidas de mitigação.

6.4 Metas de Produção Assistencial – Cirurgias Eletivas

Na competência julho de 2026, o agrupamento de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e Internações Clínicas apresentou 493 registros realizados frente à meta mensal consolidada de 1.109, correspondendo a 44,45% de alcance bruto.

TIPO DE	TIPO DE ATENDIMENTO x GRUPO x PROCEDIMENTO SIGTAP		Meta Mensal	Qtde Realizada	% Alcance da Meta	Qtde Performance	Status Final
Procedimentos Cirúrgicos e Internações Clínicas	Gineco e Cirurgia Geral	Cirurgia Geral	235	160	68,09%	235	Matriz de Risco
		Cirurgia Ginecológica	60	14	23,33%	60	Matriz de Risco
	ORTOPEDIA	Cirurgia Ortopédica	181	155	85,64%	181	Matriz de Risco
	OFTALMOLOGIA	Cirurgia Oftalmologia	238	0	0,00%	238	Matriz de Risco
	URO	Cirurgia Urologia	230	40	17,39%	230	Matriz de Risco
		Cirurgia Vascular	50	29	58,00%	50	Matriz de Risco
	OUTRAS ESPECIALIDADES	Cirurgia Plástica	0	0			
		Cirurgia Otorrinolaringologia	50	0	0,00%	50	Matriz de Risco
	CLÍNICA MÉDICA	Internações Clínicas	65	95	146,15%	95	146,15%
	Resultado Parcial		1.109	493	44,45%	1.139	102,71%

Do total realizado, 398 corresponderam às cirurgias eletivas contempladas nas linhas quantitativas da competência e 95 às Internações Clínicas. Estas últimas superaram a meta mensal de 65, alcançando 146,15%, enquanto a produção cirúrgica apresentou comportamento heterogêneo entre as diferentes especialidades. Para fins de performance, as linhas cirúrgicas de Cirurgia Geral, Ginecologia, Ortopedia, Oftalmologia, Urologia, Cirurgia Vascular e Otorrinolaringologia foram submetidas à Matriz de Riscos, com enquadramento no

Risco nº 14, enquanto as Internações Clínicas foram consideradas pelo quantitativo efetivamente realizado.

O quadro específico de riscos da competência registra a aplicação do Risco nº 14 a essas linhas cirúrgicas. Após o tratamento das atividades enquadradas, a quantidade considerada para fins de performance passou a 1.139 registros, equivalente a 102,71% da meta mensal consolidada. Esse resultado decorre da consideração das metas das linhas cirúrgicas submetidas à Matriz de Riscos, associada à produção efetiva de 95 Internações Clínicas, que superou em 30 internações o parâmetro contratual.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	ATIVIDADE ASSISTENCIAL	RISCO IDENTIFICADO	TIPO DO RISCO	QTDE ASSUMIDA NA PERFORMANCE
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA	CIRURGIAS DE ORTOPEDIA	SIM	14	181
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE OFTALMOLOGIA	CIRURGIAS DE OFTALMOLOGIA	SIM	14	238
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE GINECOLOGIA E CIRURGIA GERAL	CIRURGIA DE GINECOLOGIA	SIM	14	60
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE GINECOLOGIA E CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	SIM	14	235
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE UROLOGIA	CIRURGIA DE UROLOGIA	SIM	14	230
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE OUTRAS ESPECIALIDADES	CIRURGIA VASCULAR	SIM	14	50
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE OUTRAS ESPECIALIDADES	CIRURGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	SIM	14	50
INTERNAÇÕES CLÍNICAS	INTERNAÇÕES CLÍNICAS	NÃO	NA	95

A análise do resultado cirúrgico, contudo, não deve se limitar ao percentual de execução de cada especialidade. A produção eletiva representa o desfecho de uma linha de cuidado sequencial, iniciada na formação da demanda ambulatorial, seguida pela avaliação especializada, definição da indicação cirúrgica, complementação diagnóstica, avaliação de risco cirúrgico e pré-anestésica, emissão e disponibilização da AIH, programação operatória, disponibilidade de leito de internação e, quando necessário, disponibilidade de suporte em terapia intensiva. A documentação da competência demonstra a incidência simultânea de fatores em diferentes pontos desse percurso, razão pela qual a aplicação da Matriz de Riscos deve ser acompanhada de análise causal e de medidas concretas de mitigação.

Formação e qualificação da demanda cirúrgica

Um dos fatores relevantes para a compreensão do desempenho cirúrgico encontra-se na própria formação da demanda pré-operatória. A CT nº 515453/2026, formalizada pelo HRD ainda durante a competência, registra que a produção cirúrgica não depende exclusivamente da disponibilidade de salas, equipes ou leitos, mas de um fluxo contínuo iniciado na regulação ambulatorial e que passa pelas sucessivas etapas de avaliação e preparo do paciente. O

documento relata que perdas em qualquer dessas etapas repercutem diretamente na possibilidade de realização do procedimento cirúrgico.

A mesma manifestação informa que parcela dos pacientes encaminhados às consultas especializadas não chegava à unidade com a investigação diagnóstica mínima necessária à definição terapêutica. Foram relatados, entre outros exemplos, pacientes de Cirurgia Vascular sem Doppler atualizado, pacientes de Ginecologia e Cirurgia Geral necessitando complementação de exames laboratoriais ou de imagem e pacientes de Urologia sem exames específicos indispensáveis à definição da conduta. Consequentemente, consultas destinadas à definição terapêutica passaram a ser utilizadas para solicitação de exames, exigindo retornos adicionais e retardando a inserção do paciente na programação operatória.

Adicionalmente, o preparo pré-operatório também apresentou perdas. Na primeira quinzena de julho, foram agendados 285 pacientes para avaliação de risco cirúrgico, dos quais 229 compareceram, correspondendo a absenteísmo de 19,65%. O HRD destacou que a ausência nessa etapa interrompe o processo de preparação cirúrgica e posterga a liberação dos pacientes para programação. Dessa forma, o volume de consultas especializadas realizado não deve ser interpretado, isoladamente, como disponibilidade equivalente de pacientes aptos à cirurgia. Para formação efetiva da demanda operatória é necessário avaliar a resolutividade da primeira consulta e a progressão do usuário em toda a jornada pré-operatória.

Análise da conversão cirúrgica

O HRD passou a acompanhar internamente a conversão da demanda ambulatorial para emissão de AIH. No quadro apresentado para julho de 2026, foram registrados 2.637 atendimentos na base denominada “1ª Consultas” e 644 AIHs geradas, correspondendo a taxa global de conversão de 24,42%.

TAXA DE CONVERSÃO	Julho de 2026		
	1ª Consultas	Nº de AIH geradas	% Conversão
CIRURGIA GERAL	820	323	39,39%
CIRURGIA GINECOLÓGICA	216	43	19,91%
CIRURGIA VASCULAR	252	53	21,03%
ORTOPEDIA	709	141	19,89%
OTORRINOLARINGOLOGIA	72	47	65,28%
OFTALMOLOGIA	438	4	0,91%
CIRURGIA UROLOGIA	130	33	25,38%
Total	2637	644	24,42%

A análise por especialidade demonstrou variação significativa: Cirurgia Geral apresentou conversão de 39,39%; Cirurgia Ginecológica, 19,91%; Cirurgia Vascular, 21,03%; Ortopedia, 19,89%; Otorrinolaringologia, 65,28%; Oftalmologia, 0,91%; e Urologia, 25,38%. Esses resultados constituem importante instrumento gerencial, mas não devem ser utilizados isoladamente para atribuição do fato gerador da baixa produção cirúrgica. O Relatório Técnico nº 008/2026 já apontou que a não progressão de determinado paciente pode decorrer de ausência de indicação cirúrgica, necessidade de investigação complementar, tratamento clínico prévio, pendência cardiológica ou pré-anestésica, contraindicação temporária ou definitiva, desistência, absenteísmo em etapas subsequentes, perda de seguimento ou inadequação do encaminhamento.

Também deve ser considerada a defasagem temporal entre a geração da AIH e a realização da cirurgia. A AIH gerada em determinada competência pode resultar em internação e procedimento no mês subsequente, enquanto cirurgias realizadas em julho podem decorrer de pacientes preparados em competências anteriores. Por essa razão, a taxa mensal de conversão não deve ser confrontada diretamente com o número de cirurgias realizadas no mesmo mês. O acompanhamento deverá evoluir para uma análise por *coorte* de pacientes, permitindo identificar, para cada usuário, a progressão desde a primeira consulta até o desfecho cirúrgico.

Formalização da demanda cirúrgica já qualificada e solicitação de AIHs

Outro elemento relevante para a análise da competência foi a existência de demanda já qualificada e preparada para tratamento cirúrgico. Por meio da CT nº 515453/2026, o HRD comunicou formalmente à SES/MS a existência de pacientes que já haviam passado pela avaliação especializada, possuíam indicação cirúrgica definida e haviam concluído o preparo pré-operatório, solicitando a disponibilização de 405 AIHs eletivas.

A solicitação foi distribuída entre:

- Ortopedia: 90 AIHs;
- Cirurgia Geral: 90 AIHs;
- Ginecologia: 85 AIHs;
- Cirurgia Vascular: 70 AIHs;
- Urologia: 70 AIHs.

As autorizações destinavam-se, entre outros, a procedimentos ortopédicos de menor complexidade, hernioplastias, procedimentos ginecológicos, cirurgias de varizes e procedimentos urológicos. A formalização dessa demanda durante a própria competência é relevante porque demonstra que, para parte das especialidades, existia contingente de

pacientes já qualificados para programação cirúrgica, não sendo tecnicamente adequado atribuir toda a baixa produção exclusivamente à ausência de indicação cirúrgica ou à capacidade operacional interna da unidade.

O documento registra expressamente que a disponibilidade de AIHs, a atuação das Centrais de Regulação e o comparecimento dos usuários constituíam condicionantes com potencial de repercutir sobre as metas da competência. A própria unidade solicitou à SES/MS o fortalecimento do preenchimento das agendas reguladas, qualificação do encaminhamento dos pacientes, apoio às estratégias de redução do absenteísmo e disponibilização das AIHs relativas aos pacientes já preparados. Esse conjunto de evidências oferece suporte ao enquadramento do Risco nº 14 nas linhas em que ficaram demonstrados os efeitos do processo regulatório sobre a formação, autorização ou disponibilidade da demanda cirúrgica, sem afastar a necessidade de continuar estratificando os demais fatores que possam contribuir para a não realização dos procedimentos.

Capacidade de internação, pressão assistencial e disponibilidade de leitos

A formação de demanda cirúrgica apta não constituiu o único condicionante da produção eletiva em julho. Houve também pressão importante sobre a capacidade de internação da Unidade I e sobre os leitos críticos. A tabela final de performance registra 95 Internações Clínicas frente à meta de 65, correspondendo a 146,15%, demonstrando volume de internações clínicas significativamente superior ao parâmetro contratual.

A análise da ocupação demonstra que esse fenômeno ocorreu de maneira assimétrica no complexo hospitalar. Embora a Taxa de Ocupação Geral tenha sido de 79,48%, a Unidade I apresentou ocupação de 96,59%, enquanto a Unidade II, destinada predominantemente às internações cirúrgicas eletivas de média complexidade, registrou 12,38%. Essa diferença é essencial para interpretação do resultado. A existência de menor ocupação agregada ou de disponibilidade física na Unidade II não significa disponibilidade irrestrita para qualquer perfil cirúrgico, uma vez que pacientes de maior complexidade, procedimentos que demandam retaguarda clínica ampliada e cirurgias com potencial necessidade de terapia intensiva dependem da estrutura assistencial da Unidade I.

No mesmo período, a Taxa de Ocupação das UTIs atingiu 97,22%, demonstrando utilização próxima da capacidade máxima dos leitos críticos. O cenário encontra correspondência na manifestação formal do HRD, segundo a qual o perfil assistencial da unidade vinha sendo marcado pela presença de pacientes clínicos, idosos e cirúrgicos de maior complexidade, frequentemente dependentes de UTI e com maior tempo de

permanência. Segundo o documento, essa condição reduzia o giro dos leitos e limitava a admissão de pacientes eletivos já preparados para cirurgia.

Ainda segundo a CT nº 515453/2026, no período de 1º a 15 de julho aproximadamente 490 pacientes com perfil cirúrgico deixaram de ser recepcionados em razão da indisponibilidade de leitos para internação. A pressão sobre a capacidade crítica também deve ser considerada na programação dos procedimentos que apresentam possibilidade de necessidade de UTI no pós-operatório. Nesses casos, a disponibilidade de sala cirúrgica, equipe e paciente preparado não é suficiente, por si só, para assegurar a realização segura da cirurgia.

Ressalta-se, ainda, que a atividade global do Centro Cirúrgico não se restringe às metas eletivas. Os registros de julho incluem procedimentos de urgência e de maior complexidade, como amputações, artroplastias de quadril e joelho, CPRE terapêutica, laparotomias e diferentes tratamentos de fraturas, que concorrem pela utilização de recursos cirúrgicos, anestésicos, leitos de internação e retaguarda intensiva. Assim, a capacidade cirúrgica deve ser analisada a partir da disponibilidade operacional efetiva da linha completa, e não exclusivamente pelo número nominal de salas cirúrgicas ou de leitos instalados.

Cirurgia Geral

A Cirurgia Geral apresentou 160 procedimentos realizados frente à meta mensal de 235, correspondendo a 68,09% de alcance bruto.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANCE DA META %
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE GINECOLOGIA E CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	235	160	👉 68,09%

Para fins da apuração da competência, a linha foi enquadrada no Risco nº 14, sendo considerada a quantidade correspondente à meta mensal de 235 procedimentos. A linha apresentava produção ambulatorial regular, porém com ocorrência de perda primária e necessidade de qualificação do encaminhamento. O HRD também formalizou solicitação de 90 AIHs de Cirurgia Geral para pacientes já preparados, especialmente para hernioplastias inguinais, umbilicais e epigástricas. O resultado indica que a análise do desvio não deve se limitar à capacidade cirúrgica instalada, devendo considerar conjuntamente formação da demanda, qualificação diagnóstica, disponibilidade de AIH e capacidade de internação.

Cirurgia Ginecológica

A Cirurgia Ginecológica apresentou 14 procedimentos frente à meta de 60, correspondendo a 23,33% de alcance bruto.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANCE DA META %
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE GINECOLOGIA E CIRURGIA GERAL	CIRURGIA DE GINECOLOGIA	60	14	↓ 23,33%

A atividade foi submetida ao Risco nº 14 e considerada, para fins de performance, na quantidade correspondente à meta mensal de 60. No ambulatório, a especialidade apresentou produção superior à meta, porém com absenteísmo expressivo. O Relatório Técnico nº 008/2026 registra a necessidade de aprofundar a análise entre consulta pré-cirúrgica, indicação, preparo e procedimento, classificando a situação como em análise causal.

Adicionalmente, o HRD solicitou 85 AIHs para pacientes ginecológicos já preparados, contemplando procedimentos como tratamento de incontinência urinária, cistocele, afecções da glândula de Bartholin, laqueadura aberta e miomectomia. A coexistência de elevada produção ambulatorial, demanda já qualificada e baixa produção cirúrgica reforça a necessidade de identificar o ponto específico de interrupção da linha após a indicação do procedimento.

Cirurgia Ortopédica

A Cirurgia Ortopédica apresentou 155 procedimentos frente à meta mensal de 181, correspondendo a 85,64% de alcance bruto, configurando o resultado mais próximo do parâmetro contratual entre as linhas cirúrgicas submetidas à Matriz.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANCE DA META %
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA	CIRURGIAS DE ORTOPEDIA	181	155	↗ 85,64%

A atividade foi enquadrada no Risco nº 14, sendo considerada, para fins de performance, a quantidade de 181 procedimentos. O HRD formalizou solicitação de 90 AIHs ortopédicas para procedimentos de menor complexidade já preparados, incluindo síndrome do túnel do carpo, tenólise, dedo em gatilho, sindactilia e exérese de cisto sinovial. A especialidade também convive com demanda ortopédica de urgência e procedimentos de maior complexidade, que compartilham recursos assistenciais com a programação eletiva. Dessa forma, o acompanhamento deverá distinguir produção eletiva contratual, cirurgias de urgência e procedimentos que demandem suporte intensivo.

Cirurgia Oftalmológica

A Cirurgia Oftalmológica não apresentou produção na competência frente à meta mensal de 238 procedimentos.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANÇE DA META %
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE OFTALMOLOGIA	CIRURGIAS DE OFTALMOLOGIA	238	0	↓ 0,00%

A linha foi enquadrada no Risco nº 14, sendo considerada para fins de performance a quantidade correspondente à meta. A interpretação do resultado deve considerar o estágio recente de implantação do ambulatório de Oftalmologia e a ainda insuficiente formação de demanda cirúrgica qualificada. No quadro interno de conversão foram registrados apenas quatro AIHs geradas para uma base de 438 consultas informadas, resultando em taxa de conversão de 0,91%. O Relatório Técnico nº 008/2026 classifica a linha como ATIVA/TRANSITÓRIA, recomendando acompanhamento da oferta ambulatorial, indicação cirúrgica, exames, preparo e programação até a consolidação efetiva da linha. Nesse caso, a formação insuficiente da demanda apta à cirurgia constitui elemento central a ser acompanhado, especialmente porque a especialidade foi implantada recentemente e ainda não dispõe de série histórica suficiente para estabilização da conversão.

Cirurgia Urológica

A Cirurgia Urológica apresentou 40 procedimentos frente à meta mensal de 230, correspondendo a 17,39% de alcance bruto.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANÇE DA META %
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE UROLOGIA	CIRURGIA DE UROLOGIA	230	40	↓ 17,39%

A linha foi enquadrada no Risco nº 14, sendo considerada para fins de performance a quantidade correspondente à meta mensal. O quadro interno de conversão registrou 33 AIHs geradas para a base de 130 primeiras consultas, correspondendo a 25,38%. A comparação com a produção cirúrgica confirma a necessidade de análise por *coorte*, uma vez que procedimentos realizados no mês podem decorrer de AIHs geradas em competências anteriores. O HRD também formalizou solicitação de 70 AIHs urológicas para pacientes já preparados, incluindo vasectomia, ressecção endoscópica de próstata e tratamento cirúrgico de varicocele. A linha permanece em estágio de consolidação, devendo ser acompanhada conjuntamente quanto à formação da demanda ambulatorial, disponibilidade de exames e instrumentais, geração e autorização das AIHs e efetiva programação cirúrgica.

Cirurgia Vascular

A Cirurgia Vascular apresentou 29 procedimentos frente à meta mensal de 50, alcançando 58,00%.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANCE DA META %
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE OUTRAS ESPECIALIDADES	CIRURGIA VASCULAR	50	29	👉 58,00%

A atividade foi enquadrada no Risco nº 14, sendo assumida para performance a quantidade correspondente à meta mensal. O HRD solicitou 70 AIHs eletivas de Cirurgia Vascular para pacientes preparados para tratamento cirúrgico de varizes. Paralelamente, a própria unidade relatou que parte dos pacientes encaminhados à consulta especializada necessitava complementar investigação vascular, especialmente pela ausência de Doppler venoso ou arterial atualizado, aumentando o número de etapas entre o primeiro atendimento e a programação operatória. Assim, a análise da linha deverá considerar tanto a qualificação do encaminhamento inicial quanto a disponibilidade das AIHs e a progressão dos pacientes efetivamente aptos ao procedimento.

Cirurgia Otorrinolaringológica

A Cirurgia Otorrinolaringológica permaneceu sem produção frente à meta mensal de 50 procedimentos.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANCE DA META %
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE OUTRAS ESPECIALIDADES	CIRURGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	50	0	👇 0,00%

A linha foi submetida ao Risco nº 14 e considerada na performance pela quantidade correspondente à meta mensal. A situação difere da Oftalmologia quanto à formação inicial da indicação. O quadro interno de conversão registra 47 AIHs geradas para uma base de 72 primeiras consultas, correspondendo a 65,28%, maior percentual de conversão entre as especialidades analisadas. A existência de AIHs geradas associada à ausência de produção cirúrgica indica necessidade de aprofundar a análise das etapas posteriores à indicação, identificando autorização, preparo completo, disponibilidade de paciente, programação, leito e eventuais outros condicionantes que impediram a conversão da demanda em procedimento realizado. Por se tratar de linha cirúrgica ainda em implantação, o Relatório Técnico nº 008/2026 recomenda reavaliação após série mínima de competências completas, considerando formação da demanda e conversão efetiva para cirurgia.

Cirurgia Plástica

A Cirurgia Plástica permanece não implantada. Entretanto, sua meta encontra-se temporariamente readequada por Apostilamento, razão pela qual foi considerada como zero na tabela final de metas da competência e não integra o denominador de 1.109 utilizado na

apuração. O Relatório Técnico nº 008/2026 estabelece que, durante a vigência do Apostilamento, não deve ocorrer aplicação concomitante da Matriz de Riscos à obrigação quantitativa suspensa, permanecendo sob responsabilidade da Contratada a estruturação da estratégia de captação e futura implantação da especialidade. Embora o quadro auxiliar de identificação de riscos ainda apresente a Cirurgia Plástica associada ao Risco nº 1 e à quantidade de 25 procedimentos, o tratamento adotado na presente competência deve observar o instrumento formal posterior e a meta vigente igual a zero, evitando dupla incidência de readequação e Matriz de Riscos.

Internações Clínicas

As Internações Clínicas apresentaram 95 registros frente à meta mensal de 65, alcançando 146,15%, não sendo necessária aplicação da Matriz de Riscos à atividade.

GRUPO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	ATIVIDADE ASSISTENCIAL	META MENSAL	QTDE REALIZADA	ALCANCE DA META %
INTERNAÇÕES CLÍNICAS	INTERNAÇÕES CLÍNICAS	65	95	 146,15%

O resultado, entretanto, possui especial relevância para interpretação da produção cirúrgica, uma vez que o volume superior ao planejado representa utilização adicional dos leitos hospitalares por pacientes clínicos. A elevada ocupação da Unidade I, associada à ocupação de 97,22% das UTIs, demonstra que parcela importante da capacidade hospitalar esteve direcionada a pacientes de maior complexidade. O monitoramento dessa condição deve ocorrer separadamente da análise da perda primária e da conversão cirúrgica, pois representa um condicionante de capacidade hospitalar capaz de interferir na admissão de pacientes eletivos e na programação de procedimentos que necessitem de retaguarda intensiva.

Plano de Mitigação de Risco e Acompanhamento – Produção Cirúrgica

Considerando os fatores identificados na competência, o HRD deverá manter e aprimorar as seguintes medidas:

Eixo/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Risco nº 14 – formação e regulação da demanda cirúrgica	Manter registro das vagas ambulatoriais disponibilizadas, agendadas e realizadas; formalizar baixa ocupação das agendas; acompanhar a fila regulatória por especialidade; manter comunicação tempestiva à CORE/SES sobre insuficiência de pacientes encaminhados ou incompatibilidade entre demanda e meta contratual.
AIHs eletivas	Implantar conciliação mensal entre AIHs solicitadas, AIHs disponibilizadas/autorizadas, pacientes convocados, internações realizadas e cirurgias efetivamente executadas, por especialidade; registrar tempo entre solicitação da AIH e internação e identificar os casos ainda pendentes.

Eixo/Risco	Medidas de mitigação e acompanhamento
Conversão cirúrgica	Substituir progressivamente a análise exclusivamente percentual por acompanhamento nominal/coorte da jornada do paciente, classificando após a primeira consulta: indicação cirúrgica, ausência de indicação, investigação complementar, tratamento clínico prévio, pendência cardiológica, pendência pré-anestésica, contraindicação, desistência, absenteísmo, perda de seguimento, AIH gerada, AIH autorizada, cirurgia programada e cirurgia realizada.
Qualificação do encaminhamento	Pactuar e divulgar, por especialidade, o conjunto mínimo de exames e informações clínicas necessários para encaminhamento às consultas pré-cirúrgicas; monitorar pacientes recebidos sem documentação ou investigação mínima e comunicar os achados à regulação.
Absenteísmo no preparo pré-operatório	Realizar confirmação prévia das consultas e exames, contato ativo com usuários, reconvocação e reaproveitamento de vagas; acompanhar separadamente faltas à consulta especializada, risco cirúrgico, avaliação pré-anestésica e exames preparatórios.
Gestão de leitos	Manter acompanhamento diário dos leitos disponíveis para internações cirúrgicas; registrar cancelamentos ou impossibilidade de admissão por ausência de leito; realizar planejamento da programação cirúrgica integrado ao Núcleo Interno de Regulação e às equipes responsáveis pela gestão de leitos.
Pressão sobre as UTIs	Monitorar diariamente ocupação e previsão de altas dos leitos críticos; identificar cirurgias cuja realização dependa de reserva de UTI; ajustar a programação conforme capacidade efetiva e registrar procedimentos adiados por indisponibilidade de retaguarda intensiva.
Pacientes clínicos e permanência hospitalar	Identificar pacientes clínicos de maior permanência; fortalecer planejamento precoce da alta e articulação com a Rede de Atenção à Saúde; registrar barreiras externas à desospitalização e mensurar sua repercussão sobre a disponibilidade de leitos para internação cirúrgica.
Cirurgias de urgência e alta complexidade	Segregar no monitoramento a utilização do Centro Cirúrgico por procedimentos eletivos, urgências e cirurgias de maior complexidade, permitindo mensurar a repercussão da demanda não programável sobre salas, equipes, anestesia, leitos e UTI.
Oftalmologia e Otorrinolaringologia	Manter acompanhamento específico da consolidação das novas linhas, desde a consulta inicial até a efetiva programação cirúrgica, identificando o ponto de interrupção da jornada e reavaliando o desempenho após série de competências completas.
Cirurgia Plástica – meta temporariamente readequada	Manter Plano de Captação e Estruturação, novas prospecções de mercado, revisão do modelo de contratação e cronograma de futura implantação, observando o Apostilamento vigente.

Deverá ser instituído, adicionalmente, painel mensal da jornada cirúrgica por especialidade, integrando as informações ambulatoriais, diagnósticas, pré-operatórias, regulatórias, AIHs, internações/procedimentos realizados. O painel deverá permitir distinguir de forma objetiva o ponto de perda de cada paciente e a governabilidade relacionada ao evento. Essa sistemática é especialmente necessária porque o indicador agregado de conversão, embora útil para sinalização gerencial, não é suficiente para identificar

isoladamente a origem da não realização. A análise causal deverá preceder qualquer atribuição definitiva de responsabilidade relativa às etapas subsequentes da linha de cuidado.

7 Monitoramento das Metas de Desempenho e Qualidade

7.1 Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde

A análise dos indicadores do eixo Gestão da Atenção à Saúde, referente à competência julho de 2026, foi realizada a partir dos resultados apurados frente aos parâmetros estabelecidos no Contrato de Gestão, considerando, complementarmente, o comportamento assistencial das Unidades I e II, o perfil das internações, a utilização da capacidade instalada, o fluxo cirúrgico eletivo, o volume de saídas hospitalares e as evidências produzidas pelas áreas técnicas e comissões institucionais do HRD.

EIXO DE QUALIDADE ASSISTENCIAL	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO%	VALOR DO INDICADOR	Resultado apurado
Gestão da Atenção à Saúde	Taxa de Mortalidade Institucional > 24h	≤ 3%	10,00%	R\$ 133.744,49	3,86%
Gestão da Atenção à Saúde	Taxa de Ocupação Geral	≥ 85%	4,00%	R\$ 53.497,80	79,48%
Gestão da Atenção à Saúde	Taxa de Ocupação UTI Adulto	≥ 90%	4,00%	R\$ 53.497,80	97,22%
Gestão da Atenção à Saúde	Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5	4,00%	R\$ 53.497,80	4,45
Gestão da Atenção à Saúde	Taxa de suspensão de cirurgias	≤ 2%	5,00%	R\$ 66.872,25	1,52%
Gestão da Atenção à Saúde	Taxa de reinternação em 30 dias	≤ 2%	5,00%	R\$ 66.872,25	0,23%
Gestão da Atenção à Saúde	Índice de Giro de Leitos (vezes)	≥ 5	4,00%	R\$ 53.497,80	5,36

Na presente competência, dos sete indicadores avaliados, cinco atingiram as metas contratuais, enquanto dois apresentaram resultado inferior ao parâmetro estabelecido: Taxa de Mortalidade Institucional >24 horas e Taxa de Ocupação Geral. A avaliação quanto à incidência e aplicação da Matriz de Riscos será realizada exclusivamente para os indicadores que não atingiram a meta, de modo a verificar a existência de fato gerador contratualmente previsto, seu nexos com o resultado observado, a respectiva alocação de responsabilidade e eventual repercussão sobre a apuração contratual.

Taxa de Mortalidade Institucional >24 horas

Meta: ≤ 3,00%

Resultado: 3,86%

Situação: Meta não atingida

Na competência julho de 2026, a Taxa de Mortalidade Institucional superior a 24 horas apresentou resultado de 3,86%, correspondente a 18 óbitos elegíveis em relação a 466 saídas hospitalares. Para definição do quantitativo total de óbitos da competência, adota-se como fonte primária o relatório extraído do Sistema MV SOUL, que registra 20 óbitos hospitalares no período. A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO igualmente registra 20 óbitos identificados no sistema, dos quais 18 foram considerados elegíveis à análise do indicador.

O resultado permanece objetivamente superior ao limite contratual de 3,00%. Entretanto, sua interpretação técnica requer consideração conjunta de dois componentes: o perfil assistencial dos pacientes que compõem o numerador e o comportamento do volume e da composição das saídas hospitalares que formam o denominador.

Perfil de gravidade e comportamento assistencial

A análise longitudinal das atas da CRO demonstra que o atendimento a pacientes de elevada complexidade constitui característica já presente no perfil assistencial do HRD. Em janeiro, a Comissão identificava predominância de pacientes idosos, fragilidade clínica, períodos prolongados de internação e perfil compatível com pacientes críticos e de alta complexidade.

Em fevereiro, permanecia a predominância de pacientes com múltiplas comorbidades, muitos admitidos em estado grave ou crítico, inclusive em ventilação mecânica e uso de drogas vasoativas, com participação relevante de pacientes provenientes de outras unidades hospitalares e transferidos por meio da regulação. Nos meses subsequentes permaneceram recorrentes os quadros infecciosos graves, sepse, insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica e disfunção orgânica múltipla. Assim, a simples presença de pacientes graves não configura, isoladamente, situação excepcional, uma vez que integra o perfil esperado de um hospital regional de referência.

Em julho, entretanto, a CRO registrou importante participação de pacientes regulados por Vaga Zero/CORE, provenientes de municípios da macrorregião e admitidos em estado crítico, muitos já submetidos à ventilação mecânica, em uso de drogas vasoativas, com distúrbios metabólicos graves, disfunção de múltiplos órgãos ou após parada cardiorrespiratória. Em determinados casos, os pacientes permaneceram previamente em unidades de origem até a obtenção de vaga em hospital terciário, chegando ao HRD em estágio avançado da doença e com limitada possibilidade de reversão clínica.

A sepse permaneceu entre os principais agravos associados aos óbitos, envolvendo focos pulmonares, abdominais, urinários, tegumentares e mistos e apresentando, em diversos casos, evolução para choque refratário, insuficiência respiratória, lesão renal aguda, acidose metabólica e disfunção de múltiplos órgãos. Os achados reforçam a necessidade de qualificar a análise para além do número absoluto de óbitos, identificando objetivamente se houve, na competência, concentração proporcional ou intensidade de gravidade superior ao comportamento habitual da unidade.

Influência do volume e da composição das saídas hospitalares

A própria metodologia do indicador constitui elemento relevante para sua interpretação, uma vez que a taxa resulta da razão entre: Óbitos ocorridos após 24 horas / Total de saídas hospitalares $\times 100$. Em junho, foram registrados 17 óbitos >24 horas em 551 saídas hospitalares, resultando em taxa de 3,09%. Em julho, foram contabilizados 18 óbitos elegíveis em 466 saídas, produzindo taxa de 3,86%. Entre junho e julho ocorreu, portanto, aumento absoluto de apenas um óbito elegível, equivalente a aproximadamente 5,9%, simultaneamente à redução de 85 saídas hospitalares, correspondendo a queda aproximada de 15,4% do denominador.

O comportamento demonstra que a elevação proporcional do indicador decorreu da combinação entre o número de óbitos e a redução das saídas, não podendo ser atribuída exclusivamente à alteração do numerador. A redução das saídas ocorreu, ainda, em contexto de importante mudança na composição da atividade hospitalar, especialmente em razão da retração da produção cirúrgica eletiva da Unidade II.

A série histórica específica da Unidade II demonstra os seguintes volumes:

Competência (2026)	Cirurgias realizadas – Unidade II
Janeiro	161
Fevereiro	236
Março	228
Abril	175
Maio	183
Junho	166
Julho	68

Entre janeiro e junho, a Unidade II realizou média aproximada de 192 cirurgias mensais. Em julho foram realizados apenas 68 procedimentos, equivalentes a aproximadamente 35,5% da média dos seis meses anteriores, representando redução de aproximadamente 64,5% em relação ao patamar histórico recente e de 59,0% em relação ao mês imediatamente anterior. Considerando que a Unidade II possui perfil predominantemente destinado a internações cirúrgicas eletivas de menor permanência, a redução desse fluxo repercutiu sobre o número de admissões, altas e saídas hospitalares produzidas pela unidade.

Simultaneamente, a Unidade I permaneceu concentrando internações clínicas, urgências e pacientes críticos de maior complexidade. Configura-se, portanto, uma alteração relevante do mix assistencial e da composição das saídas hospitalares, com redução da participação relativa das internações cirúrgicas eletivas de curta permanência e aumento proporcional do peso das saídas associadas à assistência clínica e crítica. Essa constatação não estabelece causalidade entre a menor produção cirúrgica e os óbitos, tampouco descaracteriza o resultado de 3,86%. Demonstra, contudo, que a redução do denominador

ampliou a sensibilidade matemática da taxa à ocorrência de óbitos em uma população proporcionalmente mais complexa.

Avaliação quanto à Matriz de Riscos

A Matriz de Riscos vigente não contempla, de maneira específica e suficientemente aderente, situação relacionada à concentração excepcional de pacientes graves ou críticos com repercussão sobre a Taxa de Mortalidade Institucional. O Risco nº 14 – Omissão ou falhas na regulação de pacientes pode apresentar aplicabilidade em situações individualizadas nas quais fique demonstrada falha regulatória, atraso de transferência ou admissão tardia com repercussão sobre a condição clínica do paciente. Entretanto, os elementos da competência não sustentam sua utilização como enquadramento global da mortalidade institucional.

Por outro lado, as evidências assistenciais observadas apresentam aderência material ao Risco nº 18 proposto para inclusão na Matriz, relacionado à concentração atípica de pacientes graves ou críticos, em proporção ou intensidade superior ao comportamento habitual da unidade, com potencial repercussão sobre mortalidade, ocupação e permanência hospitalar. A pressão assistencial sobre a capacidade crítica apresenta ainda relação complementar com o Risco nº 20 proposto, relacionado à demanda crítica não programável e à indisponibilidade de leitos de terapia intensiva. Todavia, como os novos riscos ainda não integram formalmente o instrumento contratual vigente, não se recomenda sua aplicação automática à competência julho, permanecendo o resultado de 3,86% registrado como meta não atingida na apuração atual.

Considerando, entretanto, que os fatos assistenciais que motivaram a proposição dos novos riscos já se encontravam contemporaneamente materializados e documentados nas competências de junho e julho de 2026, recomenda-se que, caso os novos riscos sejam aprovados e formalmente incorporados à Matriz contratual, o respectivo instrumento de formalização contemple expressamente a possibilidade de reanálise técnica dessas duas competências. A recomendação não pressupõe aplicação retroativa automática nem afastamento prévio de eventual repercussão financeira. A reanálise deverá ser realizada individualmente para cada competência, condicionada à demonstração objetiva:

- da efetiva ocorrência do fato gerador;
- de sua excepcionalidade em relação ao comportamento histórico da unidade;
- do nexo entre o evento e o comportamento do indicador;
- da correspondente alocação contratual de responsabilidade;

- e da inexistência de falha assistencial sistêmica atribuível à Contratada que tenha sido determinante para o resultado.

Os resultados assistenciais originalmente apurados — 3,09% em junho e 3,86% em julho — deverão permanecer integralmente preservados nos registros, independentemente do resultado da reanálise, garantindo transparência epidemiológica e rastreabilidade histórica. A eventual revisão deverá produzir efeitos exclusivamente sobre o tratamento contratual e financeiro do desvio, caso fique comprovado que seu comportamento esteve materialmente associado a fato gerador posteriormente incorporado à Matriz e cuja responsabilidade não esteja alocada à Contratada.

Tal encaminhamento busca compatibilizar transparência, rastreabilidade, adequada alocação dos riscos e sustentabilidade econômico-operacional do Contrato de Gestão, evitando que resultados comprovadamente relacionados a eventos fora da responsabilidade contratualmente atribuída à Contratada produzam retenções financeiras capazes de comprometer a sustentabilidade da operação, sem afastar o dever de monitoramento, avaliação da qualidade assistencial e responsabilização por eventuais falhas sob sua governabilidade. A própria CRO deliberou pela implantação de indicadores destinados a qualificar esse acompanhamento, incluindo idade, sepse, pacientes intubados aguardando UTI, mortalidade cirúrgica e cuidados paliativos.

Conclusão técnica: a Taxa de Mortalidade Institucional >24 horas apresentou resultado de 3,86%, permanecendo acima da meta contratual na apuração vigente. Não foi identificado risco atualmente incorporado à Matriz com aderência suficiente para neutralização do resultado. Todavia, verificou-se compatibilidade material com o Risco nº 18 proposto, recomendando-se, caso aprovado e formalizado, que o instrumento de inclusão contemple a reanálise técnica das competências de junho e julho de 2026, observados os critérios objetivos de caracterização e nexos anteriormente descritos.

Taxa de Ocupação Geral

Meta: $\geq 85,00\%$

Resultado: 79,48%

Situação: Meta não atingida

A Taxa de Ocupação Geral apresentou resultado consolidado de 79,48%, inferior ao parâmetro contratual de 85%. Entretanto, a análise estratificada demonstra importante assimetria entre as unidades que compõem o Complexo Hospitalar. A Unidade I apresentou ocupação de 96,59%, enquanto a Unidade II registrou 12,43%. O resultado consolidado

abaixo da meta não representa, portanto, baixa utilização homogênea da capacidade instalada.

A Unidade I operou próxima de sua capacidade máxima, concentrando internações clínicas, urgências e pacientes de maior complexidade. A Unidade II, por outro lado, apresentou baixa utilização associada à expressiva retração do fluxo de internações cirúrgicas eletivas. A análise histórica da produção da Unidade II reforça esse entendimento. Entre janeiro e junho foram realizadas, respectivamente, 161, 236, 228, 175, 183 e 166 cirurgias, representando média aproximada de 192 procedimentos mensais. Em julho, entretanto, foram realizados somente 68 procedimentos, redução de aproximadamente 64,5% frente à média das seis competências anteriores e de 59,0% em relação a junho.

Esse comportamento demonstra que a ocupação de 12,43% da Unidade II não corresponde ao padrão histórico de funcionamento da estrutura, mas acompanha ruptura expressiva do fluxo cirúrgico eletivo responsável pela utilização de seus leitos. A análise apresentada no item 6.4 demonstrou, ainda, dificuldades relacionadas à formação e qualificação da demanda, baixa conversão dos pacientes ao longo da jornada pré-operatória, necessidade de AIHs e insuficiência de pacientes efetivamente convertidos em internações e procedimentos. Nesse contexto, o comportamento observado pode ser sintetizado pela seguinte cadeia:

formação insuficiente/irregular da demanda cirúrgica apta → menor número de pacientes autorizados e programados → menor volume de internações eletivas → menor produção cirúrgica da Unidade II → menor ocupação → menor giro → menor geração de saídas hospitalares.

Avaliação quanto à Matriz de Riscos

Para a Taxa de Ocupação Geral, o fato gerador identificado apresenta aderência ao Risco nº 14 – Omissão ou falhas na regulação de pacientes, já incorporado à Matriz contratual e alocado à Contratante. A redação do risco estabelece que compete à Contratante, por meio da regulação, manter adequada gestão das filas e da demanda assistencial, prevendo tratamento específico para situações nas quais o não atingimento das metas decorra de falhas regulatórias não atribuíveis à Contratada. Na competência, a aderência ao risco encontra sustentação no conjunto das evidências, particularmente:

- capacidade assistencial e física disponível na Unidade II;
- histórica capacidade da unidade de realizar volume significativamente superior de cirurgias;

- queda excepcional da produção eletiva em julho;
- dependência direta da ocupação da Unidade II da formação e regulação da demanda cirúrgica;
- dificuldades documentadas na conversão dos pacientes ao longo da jornada pré-operatória;
- solicitações e necessidade de disponibilização de AIHs;
- e elevada ocupação simultânea da Unidade I, afastando interpretação de subutilização homogênea do Complexo.

Considerando o conjunto dos elementos analisados, entende-se caracterizada a incidência do Risco nº 14 sobre a Taxa de Ocupação Geral, condicionada à manutenção, nos autos, da documentação comprobatória da oferta assistencial, das solicitações encaminhadas à regulação, das AIHs requeridas e da insuficiência de demanda efetivamente convertida em internações eletivas. O resultado assistencial bruto de 79,48% deverá permanecer registrado, preservando-se a fidedignidade da informação e a série histórica do indicador. Entretanto, para fins de tratamento contratual e financeiro, recomenda-se a aplicação da Matriz de Riscos – Risco nº 14, uma vez demonstrado nexos entre o resultado abaixo da meta e evento cuja responsabilidade contratual se encontra alocada à Contratante.

Conclusão técnica: resultado bruto de 79,48%, inferior à meta contratual, com identificação e aplicação do Risco nº 14, recomendando-se o tratamento do desvio conforme a Matriz vigente, sem repercussão financeira correspondente ao não alcance da meta quando comprovados e validados os elementos caracterizadores do risco.

Taxa de Ocupação da UTI Adulto

Meta: $\geq 90,00\%$

Resultado: 97,22%

Situação: Meta atingida

A Taxa de Ocupação da UTI Adulto apresentou resultado de 97,22%, superando a meta contratual mínima de 90%. O resultado demonstra elevada utilização dos leitos críticos e é compatível com o perfil assistencial observado na competência. Sob a perspectiva gerencial, entretanto, ocupação próxima de 100% representa reduzida reserva operacional para absorção de novas admissões críticas e para suporte pós-operatório de procedimentos eletivos que eventualmente demandem terapia intensiva. Como o indicador atingiu a meta pactuada, não se procede à análise de incidência da Matriz de Riscos neste item. **Conclusão técnica:** meta atingida. Recomenda-se manutenção do monitoramento da ocupação, da

disponibilidade de leitos e do número de pacientes críticos aguardando transferência para terapia intensiva.

Tempo Médio de Permanência Hospitalar

Meta: ≤ 5 dias

Resultado: 4,45 dias

Situação: Meta atingida

O Tempo Médio de Permanência Hospitalar apresentou resultado global de 4,45 dias, permanecendo dentro do parâmetro contratual. A análise estratificada evidencia, entretanto, diferenças importantes entre as unidades. A Unidade I apresentou TMP de 5,14 dias, enquanto a Unidade II registrou 0,88 dia. A diferença é coerente com os distintos perfis assistenciais. A Unidade I concentra pacientes clínicos, urgências e casos de maior complexidade, enquanto a Unidade II atende predominantemente internações cirúrgicas eletivas de curta permanência. O resultado consolidado dentro da meta não afasta a necessidade de acompanhamento específico da Unidade I, particularmente diante da elevada ocupação e da maior complexidade clínica dos pacientes nela internados. Como o indicador atingiu a meta, não há avaliação de aplicação da Matriz de Riscos. **Conclusão técnica:** meta atingida, recomendando-se manutenção da análise estratificada por unidade e perfil assistencial.

Taxa de Suspensão de Cirurgias

Meta: $\leq 2,00\%$

Resultado: 1,52%

Situação: Meta atingida

A Taxa de Suspensão de Cirurgias apresentou resultado de 1,52%, permanecendo dentro do limite contratual. O indicador refere-se especificamente às cirurgias eletivas previamente programadas, uma vez que a suspensão pressupõe procedimento anteriormente inserido no mapa cirúrgico e posteriormente não realizado. Foram registradas quatro suspensões. Na Unidade I ocorreram três suspensões entre 186 cirurgias eletivas programadas, resultando em 1,61%, enquanto na Unidade II ocorreu uma suspensão entre 78 procedimentos programados, correspondendo a 1,28%. As cirurgias de urgência integram a produção global do Centro Cirúrgico, porém não compõem o denominador deste indicador, por não decorrerem de programação eletiva prévia.

Deve-se também distinguir a suspensão propriamente dita da impossibilidade prévia de programação. Pacientes que não chegam a ingressar no mapa cirúrgico em razão de ausência de AIH, indisponibilidade antecipadamente identificada de leito ou outra condição necessária não devem ser classificados automaticamente como suspensão. Como a meta foi atingida, não se procede à análise da Matriz de Riscos. **Conclusão técnica:** meta atingida, com baixo percentual de suspensão das cirurgias eletivas efetivamente programadas.

Taxa de Reinternação em 30 dias

Meta: $\leq 2,00\%$

Resultado: 0,23%

Situação: Meta atingida

A Taxa de Reinternação em 30 dias apresentou resultado de 0,23%, significativamente inferior ao limite contratual. Foi identificado 01 evento de reinternação, submetido à análise individual pela unidade, envolvendo paciente idosa, com comorbidades e antecedente de procedimento ortopédico, que apresentou complicação infecciosa e necessidade de nova abordagem. O resultado é favorável e, quando analisado conjuntamente com o Tempo Médio de Permanência dentro da meta, não evidencia, na competência, padrão quantitativo sugestivo de aumento de reinternações associado a alta precoce. Permanece recomendável apenas a conciliação da memória de cálculo e dos denominadores descritos na análise crítica, garantindo maior consistência e rastreabilidade documental. Como a meta foi atingida, não há avaliação de aplicação da Matriz de Riscos. **Conclusão técnica:** meta atingida, com resultado assistencial favorável.

Índice de Giro de Leitos

Meta: ≥ 5

Resultado: 5,36

Situação: Meta atingida

O Índice de Giro de Leitos apresentou resultado global de 5,36, superior ao parâmetro contratual. A análise por unidade demonstra, entretanto, comportamento distinto: 6,08 na Unidade I e 3,41 na Unidade II. O menor giro da Unidade II é coerente com a redução expressiva do fluxo cirúrgico eletivo observado em julho. Com menor ingresso de pacientes ocorreram menos internações e altas, reduzindo a renovação dos leitos. Na Unidade I, por sua vez, o giro superior à meta ocorreu em contexto de elevada utilização da capacidade instalada e maior complexidade assistencial. Embora a análise estratificada revele importante

assimetria, o resultado consolidado atingiu o parâmetro contratual. Como a meta foi atingida, não se procede à avaliação da Matriz de Riscos. **Conclusão técnica:** meta institucional atingida, recomendando-se continuidade da análise desagregada por unidade.

7.2 Indicadores de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

O eixo Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente é composto por nove indicadores destinados ao acompanhamento de barreiras essenciais de segurança assistencial, prevenção de eventos adversos, controle de infecções relacionadas à assistência à saúde e percepção dos usuários quanto aos serviços prestados.

EIXO DE QUALIDADE ASSISTENCIAL	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO%	VALOR DO INDICADOR	Resultado apurado
Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	 100,00%
Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Taxa de Avaliação do Risco de Quedas e de LPP	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	 100,00%
Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	 97,54%
Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Taxa de Adesão ao "Checklist" de Cirurgia Segura	≥ 98%	5,00%	R\$ 66.872,25	 99,50%
Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas	≤ 3%	5,00%	R\$ 66.872,25	 0,43%
Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de IPCS	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	 100,00%
Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de ITU	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	 100,00%
Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de PAVM	100%	4,00%	R\$ 53.497,80	 100,00%
Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Índice de Satisfação do Usuário	≥ 90%	10,00%	R\$ 133.744,49	 97,07%

Na competência julho de 2026, o eixo apresentou desempenho global favorável, com oito dos nove indicadores atingindo diretamente as metas contratuais. O único resultado inferior ao parâmetro estabelecido foi a Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância, com 97,54% frente à meta de 100%. Mantendo-se a metodologia adotada neste Relatório, a identificação e avaliação da Matriz de Riscos será realizada exclusivamente para o indicador que não atingiu a meta, sem prejuízo da análise técnica dos demais resultados.

Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação

Meta: 100%

Resultado: 100,00%

Situação: Meta atingida

A Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação apresentou resultado de 100,00%, cumprindo integralmente o parâmetro contratual. O resultado também consta do Relatório Mensal de Produção apresentado pela unidade. A identificação correta do paciente constitui

barreira fundamental de segurança para administração de medicamentos, realização de exames e procedimentos, transfusões e demais intervenções assistenciais. O resultado evidencia conformidade integral das oportunidades avaliadas na competência. **Conclusão técnica:** meta atingida, computando-se integralmente os 4,00 pontos percentuais previstos para o indicador.

Taxa de Avaliação do Risco de Quedas e de Lesão por Pressão

Meta: 100%

Resultado: 100,00%

Situação: Meta atingida

O indicador apresentou 100,00% de conformidade, demonstrando realização das avaliações de risco de queda e de lesão por pressão nos pacientes avaliados. A análise crítica informa que foram verificados, por amostragem, os registros assistenciais dos pacientes internados, sendo constatada a aplicação da Escala de Morse, para avaliação do risco de quedas, e da Escala de Braden, para avaliação do risco de lesão por pressão, no momento da admissão hospitalar.

A análise dos resultados assistenciais complementares demonstra que, em julho, ocorreu uma queda em 2.088 pacientes-dia, resultando em incidência de 0,048%. Foram também registrados dois casos de lesão por pressão entre 616 pacientes expostos ao risco, correspondendo a 0,32%. Embora o indicador contratual avalie especificamente a realização da avaliação de risco, recomenda-se manter o acompanhamento da efetiva implementação das medidas preventivas subsequentes, evitando que a conformidade seja restrita ao preenchimento das escalas. **Conclusão técnica:** meta atingida, computando-se integralmente os 4,00 pontos percentuais.

Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância

Meta: 100%

Resultado apurado: 97,54%

Situação: Meta não atingida

A Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância apresentou resultado de 97,54%, inferior à meta contratual de 100%. As inconsistências relacionadas ao registro e à mensuração automatizada do indicador já haviam sido identificadas em junho, quando foram registrados 26 chamados operacionais relacionados à funcionalidade, envolvendo erros de sistema, inconsistências na dupla checagem, problemas de credenciais e indisponibilidade temporária da ferramenta. Em julho, observou-se redução

do número de ocorrências, porém sem superação do fato gerador, tendo sido registrados oito chamados relacionados à dupla checagem, envolvendo erros de funcionamento, senhas inválidas ou expiradas, dificuldades de autenticação e inconsistências de vinculação dos registros entre setores.

A equipe de Tecnologia da Informação procedeu à análise dos chamados e do relatório extraído do Sistema MV, realizando as intervenções internas possíveis. Contudo, diante da persistência das inconsistências, a demanda foi escalonada para segunda instância de suporte junto ao fornecedor do Sistema MV, para avaliação da parametrização e correção da funcionalidade. A regularização assume relevância adicional no contexto do processo de preparação do HRD para a certificação HIMSS, considerando a necessidade de confiabilidade, rastreabilidade e maturidade dos processos digitais assistenciais.

Avaliação quanto à Matriz de Riscos

O fato gerador permanece aderente ao Risco nº 4 – “Insuficiência de tecnologia adotada, não atendendo às necessidades da Contratante”, previsto na Matriz vigente e alocado à Contratada, cabendo-lhe promover a adequação da tecnologia utilizada. Considerando que as inconsistências sistêmicas persistiram em julho, embora em menor intensidade, e ainda comprometem a segurança da mensuração automatizada do indicador, recomenda-se a manutenção do Risco nº 4 como ATIVO / EM MITIGAÇÃO, com aplicação da Matriz de Riscos para neutralização da repercussão financeira nesta competência.

A aplicação da Matriz não altera o resultado assistencial apurado de 97,54%, nem representa certificação de adesão integral à dupla checagem. O tratamento deverá permanecer condicionado ao acompanhamento das medidas de mitigação, das tratativas junto ao suporte do Sistema MV e à comprovação da estabilização da ferramenta. **Conclusão técnica:** resultado bruto de 97,54%, inferior à meta contratual, com manutenção e aplicação do Risco nº 4, reconhecendo-se os 4,00 pontos percentuais correspondentes ao indicador para fins de performance, sem prejuízo da permanência do risco sob responsabilidade da Contratada até a efetiva correção e estabilização da solução tecnológica.

Taxa de Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura

Meta: $\geq 98\%$

Resultado: 99,50%

Situação: Meta atingida

A Taxa de Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura apresentou resultado de 99,50%, superior ao parâmetro contratual de 98%. Foram analisados os 398 procedimentos cirúrgicos

realizados no Complexo, sendo 330 na Unidade I e 68 na Unidade II. Foram identificados dois prontuários com preenchimento inadequado, ambos na Unidade I. A Unidade II apresentou conformidade integral. As não conformidades estavam relacionadas principalmente a registros incompletos no sistema, incluindo formulário mantido em aberto e divergência de horários. A unidade informou que intensificará o acompanhamento in loco das diferentes etapas do Checklist de Cirurgia Segura.

O resultado demonstra elevada incorporação do protocolo, devendo o acompanhamento permanecer direcionado não apenas à existência formal do checklist, mas à qualidade de sua execução nas etapas que antecedem a indução anestésica, a incisão cirúrgica e a saída do paciente da sala. **Conclusão técnica:** meta atingida, computando-se integralmente os 5,00 pontos percentuais.

Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas

Meta: $\leq 3\%$

Resultado: 0,43%

Situação: Meta atingida

A Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico – ISC em cirurgias limpas apresentou resultado de 0,43%, permanecendo abaixo do limite contratual de 3%. Foi identificado um caso de infecção entre 234 procedimentos classificados como cirurgias limpas. A Unidade I registrou o único evento, com taxa específica de 0,5%, enquanto a Unidade II permaneceu sem casos identificados. A análise deve considerar, entretanto, a redução expressiva do denominador. O quantitativo de procedimentos acompanhados caiu de 493 em junho para 234 em julho, correspondendo a redução de 52,5%. Tal comportamento aumenta a sensibilidade do indicador à ocorrência de poucos eventos e limita comparações diretas entre competências com volumes substancialmente distintos.

Também merece acompanhamento a vigilância pós-alta. A análise crítica informa redução da taxa de retorno dos contatos de 65,85% em junho para 47,7% em julho, com 58 respostas entre 119 pacientes contatáveis, circunstância que pode reduzir a sensibilidade da identificação de eventos ocorridos após a alta. O resultado contratual permanece, contudo, favorável. **Conclusão técnica:** meta atingida, computando-se integralmente os 5,00 pontos percentuais previstos.

Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de IPCS

Meta: 100%

Resultado: 100,00%

Situação: Meta atingida

A Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de Infecção Primária da Corrente Sanguínea – IPCS apresentou 100,00% de conformidade, cumprindo integralmente a meta contratual. O resultado específico apresentado pelo SCIRAS confirma adesão de 100% ao protocolo na competência. A conformidade do processo deve permanecer articulada à vigilância dos indicadores epidemiológicos de infecção associada a cateter venoso central, permitindo avaliar não apenas o registro dos componentes do bundle, mas sua efetividade assistencial. **Conclusão técnica:** meta atingida, computando-se integralmente os 4,00 pontos percentuais.

Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de ITU

Meta: 100%

Resultado: 100,00%

Situação: Meta atingida

A Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de Infecção do Trato Urinário – ITU apresentou 100,00%, cumprindo integralmente o parâmetro contratual. O gráfico específico do SCIRAS confirma o resultado de 100% na competência julho. Recomenda-se manutenção das auditorias relacionadas à indicação, inserção, manutenção e retirada oportuna dos dispositivos urinários, associando o indicador de processo aos respectivos resultados epidemiológicos. **Conclusão técnica:** meta atingida, computando-se os 4,00 pontos percentuais previstos.

Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de PAVM

Meta: 100%

Resultado: 100,00%

Situação: Meta atingida

A Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica – PAVM apresentou 100,00%, cumprindo a meta contratual. O gráfico individual do SCIRAS confirma a conformidade integral registrada para julho. Apesar do cumprimento do indicador de processo, a análise epidemiológica demanda atenção específica. O boletim do SCIRAS registra três casos de PAV na UTI Adulto em julho, todos evoluindo a óbito, com densidade de incidência superior a três vezes a meta estabelecida, tendo sido recomendadas auditoria *in loco* e observação direta da execução técnica do bundle.

O achado demonstra a necessidade de distinguir adesão registrada ao bundle de efetividade do resultado assistencial. A meta contratual avaliada neste indicador foi cumprida; contudo, a ocorrência epidemiológica exige aprofundamento quanto à execução prática das medidas preventivas, tempo de ventilação, gravidade dos pacientes e demais fatores associados. Registra-se ainda que o Boletim do SCIRAS apresenta inconsistência interna, pois o painel geral classifica os bundles como “Abaixo do Ideal”, embora os gráficos individualizados indiquem 100% de adesão. Recomenda-se correção documental para preservação da consistência da base apresentada. **Conclusão técnica:** meta contratual atingida, computando-se integralmente os 4,00 pontos percentuais, sem prejuízo do aprofundamento da investigação epidemiológica dos casos de PAV.

Índice de Satisfação do Usuário

Meta: $\geq 90\%$

Resultado considerado na apuração: 97,07%

Situação: Meta atingida

O Índice de Satisfação do Usuário apresentou resultado de 97,07%, superando o parâmetro contratual mínimo de 90% e demonstrando elevada percepção positiva dos usuários em relação à assistência prestada. **Conclusão técnica:** meta atingida, computando-se integralmente os 10,00 pontos percentuais previstos.

7.3 Indicadores de Gestão Financeira e Orçamentária

O eixo Gestão Administrativa e Financeira corresponde a 10,00 pontos percentuais da avaliação qualitativa. Nesta etapa do monitoramento, a UMPH limita-se à apresentação dos resultados informados, considerando que a análise de consistência, conformidade documental e validação dos dados financeiros e contábeis deverá ocorrer no âmbito do processo de prestação de contas, pelas instâncias competentes.

Os cinco indicadores econômico-financeiros apresentaram resultado igual a 1,00, atendendo aos respectivos parâmetros informados. O Percentual de Aprovação em Primeira Análise no SIPEF, com resultado de 57,28%, enquadrou-se na faixa intermediária prevista contratualmente, correspondendo à pontuação de 0,50%. **Conclusão técnica:** os resultados são apresentados para fins de consolidação da performance, sem adentrar na análise material das demonstrações financeiras e dos registros de prestação de contas, cuja regularidade, consistência e eventual repercussão deverão ser devidamente verificadas no processo específico de prestação de contas.

EIXO DE QUALIDADE ASSISTENCIAL	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO%	VALOR DO INDICADOR	Resultado apurado
Gestão Administrativa e Financeira	Índice de Liquidez Corrente	≥ 1	2,00%	R\$ 26.748,90	 1
Gestão Administrativa e Financeira	Índice de Liquidez Seca	≥ 1	2,00%	R\$ 26.748,90	 1
Gestão Administrativa e Financeira	Comprometimento da Receita em relação às despesas de longo prazo	≤ 1	1,50%	R\$ 20.061,67	 1
Gestão Administrativa e Financeira	Índice de Liquidez Imediata	≥ 1	1,50%	R\$ 20.061,67	 1
Gestão Administrativa e Financeira	Comprometimento da Receita em relação às despesas de curto prazo	≥ 1	1,50%	R\$ 20.061,67	 1
Gestão Administrativa e Financeira	Percentual de Aprovação em primeira análise no SIPEF	$(\geq 76\% = 1,5\%; 51\% \leq 75\% = 0,50\% \text{ OU } \leq 50\% = 0\%)$	1,50%	R\$ 20.061,67	 57,28%

7.4 Indicadores de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

O eixo Gestão do Trabalho e Educação em Saúde contempla indicadores relacionados à estabilidade do quadro de colaboradores, satisfação no ambiente de trabalho e execução das ações de educação permanente. Na competência julho de 2026, foram atingidas as metas de rotatividade, satisfação dos colaboradores e de treinamento dos grupos de Enfermagem, Equipe Multiprofissional, Áreas de Apoio Assistencial e Apoio Administrativo com interface com o usuário. O único indicador abaixo da meta foi o Índice de Treinamento do grupo Médico, com resultado de 0,75%.

EIXO DE QUALIDADE ASSISTENCIAL	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO%	VALOR DO INDICADOR	Resultado apurado	Pontuação alcançada
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Índice de Rotatividade dos Colaboradores CLT	$\leq 4\%$	2,50%	R\$ 33.436,12	 3,60%	 2,50%
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Índice de Satisfação dos Colaboradores CLT	$\geq 85\%$	2,50%	R\$ 33.436,12	 96,36%	 2,50%
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Enfermagem	$\geq 95\%$	1,00%	R\$ 13.374,45	 211,45%	 1,00%
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Equipe Multiprofissional	$\geq 95\%$	1,00%	R\$ 13.374,45	 97,38%	 1,00%
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Áreas de Apoio Assistencial	$\geq 95\%$	1,00%	R\$ 13.374,45	 319,00%	 1,00%
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Médicos	$\geq 95\%$	1,00%	R\$ 13.374,45	 0,75%	 0,00%
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Área de Apoio Administrativa (interface com o usuário)	$\geq 95\%$	1,00%	R\$ 13.374,45	 101,01%	 1,00%

Índice de Rotatividade e Satisfação dos Colaboradores

O Índice de Rotatividade dos Colaboradores CLT foi de 3,60%, permanecendo abaixo do limite contratual de 4,00%. O Índice de Satisfação dos Colaboradores alcançou 96,36%, superando a meta mínima de 85%. Os resultados indicam desempenho favorável nos dois indicadores, com reconhecimento integral das respectivas pontuações.

Índice de Treinamento por Grupo de Colaboradores

Os resultados de educação permanente demonstram cumprimento da meta em quatro dos cinco grupos avaliados, com destaque para as Áreas de Apoio Assistencial, com

319,00%, seguidas pela Enfermagem, com 211,45%, Apoio Administrativo com interface com o usuário, com 101,01%, e Equipe Multiprofissional, com 97,38%. O Relatório Mensal do HRD registra resultado global de treinamento de 145,92%, mantendo o grupo médico como principal ponto de atenção.

Entre as ações de educação permanente documentadas na competência, destaca-se o treinamento sobre Diversidade e Inclusão, realizado nos dias 14 e 15 de julho, com participação de colaboradores das diferentes unidades, além das ações de integração e capacitação conduzidas pelo setor de Ensino e Pesquisa junto às equipes assistenciais e administrativas. Esta ação está relacionamento aos apontamentos feitos pela UMPH em decorrência dos resultados apurados na pesquisa de satisfação do colaborador, onde foi possível evidenciar casos de colaboradores que manifestaram insatisfação no tratamento de colegas de trabalho diante de situação de etarismo e diversidade sexual.

Índice de Treinamento do Grupo Médico

Meta: $\geq 95\%$

Resultado: 0,75%

Situação: Meta não atingida

O grupo Médico apresentou resultado de 0,75%, não atingindo o parâmetro contratual e, conseqüentemente, não computando o peso de 1,00% na competência julho. O próprio Relatório Mensal do HRD registra o grupo médico como principal ponto de atenção do indicador. Entretanto, a metodologia atualmente utilizada encontra-se em processo de análise e revisão técnica, diante de sua baixa aderência ao modelo de contratação e organização do corpo clínico do HRD, caracterizado por diferentes formas de vínculo, prestação de serviços, escalas variáveis, jornadas distintas e circulação dos profissionais entre especialidades e unidades. Essa inadequação metodológica já havia sido registrada na competência anterior.

A proposta em estudo prevê alteração substancial da metodologia, passando da lógica baseada em horas de treinamento em relação às horas trabalhadas para um Índice de Conformidade do Treinamento do Corpo Clínico, baseado na proporção de médicos elegíveis que concluíram os treinamentos obrigatórios aplicáveis ao respectivo perfil e previstos em Plano Institucional Anual de Treinamentos. A nova proposta redefine, inclusive, numerador, denominador, critérios de elegibilidade, periodicidade acumulada e fontes de comprovação, contemplando os diferentes vínculos que integram efetivamente o corpo clínico assistencial.

Caso a nova metodologia seja aprovada, recomenda-se que sua aplicação ocorra prospectivamente, a partir da competência definida no instrumento que formalizar a alteração,

assegurando previsibilidade, comparabilidade e segurança na avaliação contratual. **Conclusão técnica:** meta não atingida na competência julho, mantendo-se o resultado de 0,75% e pontuação de 0,00% conforme a metodologia vigente. A metodologia do indicador encontra-se em revisão para adequação ao perfil de contratação e organização do corpo clínico, devendo eventual nova sistemática produzir efeitos somente após sua formal aprovação e para competências posteriores.

8 Síntese Geral da Performance e Memória de Cálculo

A consolidação da competência julho 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, quando caracterizado fato gerador passível de aplicação. Nos casos em que houve aplicação da Matriz, o resultado assistencial ou produtivo 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 análise individual das atividades e 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 ASSUMIDA SOB RISCO	ALCANCE DA META %	REPERCUSSÃO FINANCEIRA DO GRUPO	RETENÇÃO APURADA CONFORME SISTEMÁTICA
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	5%	R\$ 200.616,74	3.631	3.885	↑ 107,00%	R\$ 200.616,74	R\$ -
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS	5%	R\$ 200.616,74	120	149	↑ 124,17%	R\$ 200.616,74	R\$ -
EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO	15%	R\$ 601.850,21	2.910	2.910	↑ 100,00%	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	95	↑ 146,15%	R\$ 401.233,47	R\$ -
100%	R\$	4.012.334,73				R\$ 4.012.334,73	R\$ -

Destacam-se resultados superiores à meta no Ambulatório de Especialidades Médicas, com 107,00%, no Ambulatório de Especialidades Não Médicas, com 124,17%, e nas Internações Clínicas, com 146,15%. Nas atividades cuja produção efetiva ficou abaixo das metas, foram considerados os fatos geradores e as quantidades assumidas sob risco, conforme detalhado nos itens anteriores deste Relatório. 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 indicadores resultou em 80,00 pontos percentuais. Após a análise da Matriz de Riscos, foram reconhecidos mais 8,00 pontos percentuais, referentes a:

- Taxa de Ocupação Geral – 4,00%: resultado de 79,48%, com aplicação do Risco nº 14, neutralizando sua repercussão financeira;
- Taxa de Dupla Checagem de Medicamentos de Alta Vigilância – 4,00%: resultado de 97,54%, com aplicação do Risco nº 4, mantido ativo/em mitigação, com neutralização da repercussão financeira enquanto persistirem as inconsistências tecnológicas identificadas.

Assim, a performance qualitativa final correspondeu a 88,00%. Permaneceram com repercussão financeira os seguintes indicadores:

Indicador	Tratamento	Retenção
Taxa de Mortalidade Institucional >24h – 3,86%	Meta não atingida; sem risco vigente aplicável à competência	R\$ 133.744,49
Aprovação em primeira análise no SIPEF – 57,28%	Pontuação parcial de 0,50% dos 1,50% previstos	R\$ 13.374,45
Treinamento do Grupo Médico – 0,75%	Meta não atingida pela metodologia contratual vigente	R\$ 13.374,45
Total		R\$ 160.493,39

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	3,86%	0,00%	SIM	NA	0,00%	R\$ -	-R\$ 133.744,49
Taxa de Ocupação Geral	≥ 85%	4,00%	R\$ 53.497,80	79,48%	0,00%	SIM	14	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de Ocupação UTI Adulto	≥ 90%	4,00%	R\$ 53.497,80	97,22%	4,00%	NÃO	NA	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5	4,00%	R\$ 53.497,80	4,45	4,00%	NÃO	NA	4,00%	R\$ 53.497,80	R\$ -
Taxa de suspensão de cirurgias	≤ 2%	5,00%	R\$ 66.872,25	1,52%	5,00%	NÃO	NA	5,00%	R\$ 66.872,25	R\$ -
Taxa de reinternação em 30 dias	≤ 2%	5,00%	R\$ 66.872,25	0,23%	5,00%	NÃO	NA	5,00%	R\$ 66.872,25	R\$ -
Índice de Giro de Leitos (vezes)	≥ 5	4,00%	R\$ 53.497,80	5,36	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	97,54%	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	99,50%	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	0,43%	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	97,07%	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	57,28%	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	3,60%	2,50%	NÃO	NA	2,50%	R\$ 33.436,12	R\$ -
Índice de Satisfação dos Colaboradores CLT	≥ 85%	2,50%	R\$ 33.436,12	96,36%	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	211,45%	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	97,38%	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	319,00%	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	0,75%	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	101,01%	1,00%	NÃO	NA	1,00%	R\$ 13.374,45	R\$ -
			100,00%	R\$ 1.337.444,91				88,00%	R\$ 1.176.951,52	-R\$ 160.493,39

Quanto à mortalidade, permanece registrada a recomendação constante do item 7.1 para que, caso os novos riscos propostos sejam formalmente aprovados e o respectivo instrumento assim autorize, as competências de junho e julho possam ser objeto de reanálise técnica. Para a presente apuração, entretanto, mantém-se a repercussão financeira do resultado. No indicador de treinamento médico, por sua vez, a metodologia encontra-se em revisão, mas, por se tratar de proposta de alteração substancial da sistemática de aferição, não se prevê reanálise retroativa, permanecendo válido o resultado apurado segundo a metodologia vigente.

A memória de cálculo do componente qualitativo corresponde, portanto, a:

$$R\$ 1.337.444,91 - R\$ 160.493,39 = R\$ 1.176.951,52.$$

8.3 Resultado Geral da Performance

O valor mensal do Contrato de Gestão para a competência julho 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 exclusivamente 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\$ 1.176.951,52	R\$ 160.493,39
TOTAL	100%	R\$ 13.374.449,10	R\$ 13.213.955,71	R\$ 160.493,39

Assim, a memória de cálculo final corresponde a:

$$\text{R\$ 13.374.449,10} - \text{R\$ 160.493,39} = \text{R\$ 13.213.955,71}$$

Portanto, para a competência julho de 2026, o valor total resultante da apuração da performance corresponde a R\$ 13.213.955,71, com retenção financeira apurada de R\$ 160.493,39.

9 Registros de caso e Plano de Trabalho

A partir dos achados da competência julho de 2026, procedeu-se à revisão do Plano de Trabalho estabelecido na competência anterior, considerando a evolução das ações, a permanência de situações que ainda demandam acompanhamento e os novos pontos de atenção identificados durante o monitoramento.

As ações relacionadas à proposta de readequação das metas de produção, à revisão da metodologia do indicador de treinamento do corpo clínico e à atualização da Matriz de Riscos com inclusão de riscos assistenciais e epidemiológicos foram concluídas no âmbito técnico da UMPH, encontrando-se as respectivas propostas submetidas à análise e deliberação da SGH. Por essa razão, deixam de compor o rol de ações corretivas em execução, permanecendo apenas sob acompanhamento quanto aos respectivos desdobramentos institucionais.

Para a competência subsequente, propõe-se a manutenção e atualização do Plano de Trabalho conforme segue:

Nº	Ação macro para monitoramento	Problema relacionado	Foco estratégico
1	Monitorar a implantação e a adesão aos Protocolos de Seps, Deterioração Clínica e Alerta Eletrônico, incorporando os indicadores definidos pela Comissão de Revisão de Óbitos – CRO	Taxa de Mortalidade Institucional acima da meta, associada a perfil assistencial de elevada complexidade, com presença de pacientes graves/críticos, seps e disfunções orgânicas	Identificação precoce da deterioração clínica, manejo oportuno da seps e qualificação das evidências utilizadas na análise da mortalidade
2	Fortalecer o gerenciamento dos leitos críticos e o fluxo dos pacientes de maior gravidade	Elevada ocupação da Unidade I e da UTI Adulto, com reduzida reserva operacional para absorção de novas demandas críticas	Qualificação do fluxo assistencial, melhor utilização dos leitos críticos e preservação da capacidade de resposta às urgências, transferências reguladas e necessidades pós-operatórias
3	Acompanhar a regularização da funcionalidade de dupla checagem no Sistema MV e manter auditoria amostral dos registros	Persistência, em menor número, de intercorrências tecnológicas relacionadas à dupla checagem. Em julho foram registrados oito chamados envolvendo erros de sistema, autenticação e vinculação de registros.	Correção definitiva da ferramenta, acompanhamento das tratativas junto ao suporte MV, confiabilidade da mensuração e segurança medicamentosa
4	Intensificar as auditorias sobre a execução prática dos bundles de prevenção de IRAS, com prioridade para PAVM na UTI Adulto	Registro de 100% de adesão aos bundles, porém com ocorrência de três casos de PAV na UTI Adulto em julho, todos com evolução a óbito.	Avaliação da efetividade das barreiras preventivas e maior integração entre indicadores de processo e resultados epidemiológicos
5	Implantar acompanhamento sistemático do fluxo cirúrgico eletivo e da utilização da Unidade II	Redução expressiva da produção cirúrgica eletiva e baixa ocupação da Unidade II, associadas às dificuldades de formação, qualificação e conversão da demanda ao longo da jornada pré-operatória	Acompanhar a trajetória consulta → exames → avaliação pré-operatória → AIH → programação → internação → cirurgia, identificando perdas, gargalos e respectivas governabilidades
6	Acompanhar a implantação e consolidação das linhas assistenciais ainda não estabilizadas	Permanência de serviços sem produção ou em diferentes estágios de consolidação, com repercussão sobre o alcance das metas de produção	Consolidação progressiva da oferta assistencial, acompanhamento da capacidade instalada e redução da dependência da Matriz de Riscos à medida que os fatos geradores sejam efetivamente superados
7	Fortalecer o controle da perda primária e do absenteísmo em consultas e exames, com análise por especialidade, procedimento e município	Persistência de vagas ofertadas não convertidas em agendamento e de pacientes agendados que não comparecem, eventos de natureza e governabilidade distintas	Otimização da capacidade instalada, qualificação do acesso regulado e direcionamento de ações específicas para redução da perda primária e do absenteísmo

Nº	Ação macro para monitoramento	Problema relacionado	Foco estratégico
8	Qualificar os processos de faturamento, AIH e prestação de contas no SIPEF	Persistência de rejeições de AIH, inconsistências relacionadas a CNES/CBO e resultado de 57,28% de aprovação em primeira análise no SIPEF. Em julho, 492 dos 859 itens transmitidos foram aprovados inicialmente.	Redução de diligências e rejeições, melhoria da qualidade documental, integridade dos registros e sustentabilidade administrativo-financeira
9	Instituir conciliação mensal das bases e memórias de cálculo dos indicadores antes da consolidação do Relatório de Performance	Divergências identificadas entre relatórios de origem, sistemas e análises críticas quanto a resultados, numeradores, denominadores e interpretação de determinados indicadores	Fortalecimento da governança da informação, consistência das bases, rastreabilidade da apuração e redução de divergências antes da avaliação da performance

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 Portari ^{em}	Valor und	Valor anual	jan a jul 2026	Taxa de Execução do período
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE 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	57	28,50%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	17	1130,64	R\$ 19.220,88	1	5,88%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE 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	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	1	6541,08	R\$ 6.541,08	1	100,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	60	5340,24	R\$ 320.414,40	12	20,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	4	9616,56	R\$ 38.466,24	12	300,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	60	7961,81	R\$ 477.708,60	9	15,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	50	5914,23	R\$ 295.711,50	12	24,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	10	8828,8	R\$ 88.288,00	1	10,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	20	5622,68	R\$ 112.453,60	10	50,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.016-0	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	110	7800,69	R\$ 858.075,90	22	20,00%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.017-9	RECONSTRUCAO 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	PMAE COMPONENTE CIRURGIA - (PNRF/MUTIRÃO) ORTOPEDIA	04.08.05.034-9	REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO	7	1378,08	R\$ 9.646,56	4	57,14%
não é emenda - Pt. 6916 Indicação ROSE	63000722748202500	Portaria 9.642/2025	PMAE 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 julho de 2026 apresentou desempenho heterogêneo, com alcance integral das metas de produção após a aplicação da Matriz de Riscos nos casos devidamente caracterizados, porém com fragilidades relevantes nos indicadores de qualidade

e desempenho, que resultaram em performance qualitativa de 88,00%, repercussão financeira final de R\$ 13.213.955,71 e retenção de R\$ 160.493,39.

Permanecem como principais pontos de atenção a mortalidade institucional acima da meta, a consolidação do fluxo cirúrgico eletivo e da utilização da Unidade II, a persistência de inconsistências tecnológicas relacionadas à dupla checagem, o acompanhamento dos indicadores de infecção e a necessidade de maior consistência entre bases e memórias de cálculo.

As ações corretivas e preventivas foram atualizadas no Plano de Trabalho, enquanto propostas estruturantes de revisão da Matriz de Riscos, readequação das metas de produção e alteração da metodologia do indicador de treinamento médico já foram elaboradas e encontram-se sob análise da SGH, devendo o monitoramento subsequente concentrar-se na efetividade das medidas implantadas, na superação dos fatos geradores ainda ativos e na preservação da transparência, rastreabilidade e sustentabilidade contratual.

Dourados, 24 de agosto de 2026.

Atenciosamente,

UMPH Cone Sul
CAH | SGH | SES-MS