HOSPITAL REGIONAL
DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS

Relatório de Desempenho

JANEIRO - ABRIL/2023

HOSPITAL REGIONAL
DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS
INSTITUTO
Mais
Saúde
SUS
SES
Secretaria de Estado
de Saúde
GOVERNO
DO ESTADO
Mato Grosso do Sul

Sumário

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL 3

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS 3

LISTA DE SIGLAS 7

1 INTRODUÇÃO 8

2 MÉTODO 8

3 DESENVOLVIMENTO 8

DADOS DE INDICADORES DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 10

INDICADORES DO EIXO DE ASSITÊNCIA À SAÚDE 14

INDICADORES DE METAS DO EIXO DE GESTÃO 15

4 CONCLUSÃO 26

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

Hospital: **Hospital Regional de Cirurgias da Grande Dourados (HRCGD)**

CNES: **7868863**

Endereço: **Rua Coronel Ponciano de Mattos Pereira, nº 3.233, Vila Alba, CEP: 79.830-220, Dourados – MS.**

Telefone: (67) 9.8182-1193 | 0800-038-5840 | (67) 9.9800-2048

Contrato de Gestão nº 002/2020/SES – GCONT 13538

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS
Organização Social de Saúde: Instituto Social Mais Saúde

PRESIDENTE

Nome: **Carla Soares Alves**RG: 30.171.370-4 - SSP/SPCPF: 269.127.118-80

Endereço Comercial: Rua Casa do Ator, nº 1.117, Conjunto 163, 16º Andar, Vila Olímpia,CEP: 04.546-004, São Paulo - SP

Telefone: (11) 3842-1501

Ato de Nomeação: Ata de Eleição da Atual Diretoria e 8º Estatuto Social

Endereço Residencial: Rua Gregório de Matos Guerra, nº 166A, Jardim Caçula, CEP:09.415-160, Ribeirão Pires – SP

DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS:

Diretor Geral: **Alex Marques Cruz**

Formação Profissional: Teólogo

RG: 30520765-9 – SSP/SP

CPF: 298.771.838-11

Ato de Nomeação: 27/07/2021

Início da vigência: 27/07/2021

Endereço Residencial: Rua Rangel Torres, nº 1485, casa 5, jardim Guanabara, CEP: 79.830-030, Dourados – MS

Telefone: (18) 9.9707-7121

E-mail: diretoria@dourados.institutomaissaude.org.br

Diretor Técnico: **Cassio Tafarel Petek**

Formação Profissional: Médico Ortopedista
CRM/MS: 7496/MS

RG: 001.648.882-SSP/MS

CPF: 002.313.311-26
Ato de Nomeação: 01/08/2021

Início da vigência: 01/08/2021

Endereço Residencial: Rua Dr. Camilo Hermelindo, nº 529, Centro,

CEP: 79.890-000,Itaporã – MS

Telefone: (67) 9.9246-8474

E-mail: direcaotecnica@dourados.institutomaissaude.org.br

Diretor Clínico: **Rubson Rodrigues Junior**

CRM-MS: 6256/MS

RG: 13.773.003 – SSP/MT

CPF: 003.831.341-55

Ato de Nomeação: 12/06/2019

Início de Exercício: 12/06/2019

Endereço Residencial: Rua João Vicente Ferreira, nº 1.840, Jardim Tropical,

CEP:79.824-030, Dourados – MS

Telefone: (67) 9.9621-1277

E-mail: rubsonjuninho@hotmail.com

Responsável Técnica de Enfermagem: **Edina Marques Barbosa**

Formação Profissional: Enfermeira

COREN/MS: 213916

RG: 4897783 SSP/SC

CPF: 06238486945

Ato de Nomeação: 21/11/2022

Início da vigência: 21/11/2022

Endereço Residencial: Rua Presidente Vargas, 1605, ap 304

CEP: 79825090, Dourados – MS

Telefone: (67) 98162-5763
E-mail: gerencia.enfermagem@dourados.institutomaissaude.org.br
Supervisor Administrativo: **Alexandre Aguilera de Melo Gasoto**

Formação Profissional: Cientista Social

RG: 001.690.843 - SSP/MS

CPF: 703.554.521-20

Ato de Nomeação: 01/03/2022

Início da vigência: 01/03/2022

Endereço Residencial: Rua Oliveira Marques, nº 3730, Jardim Paulista,

CEP: 79.830-040, Dourados – MS

Telefone: (67) 9.8481-1897

E-mail: faturamento@dourados.institutomaissaude.org.br

Responsável Técnico pela Farmácia: **Ewerton Esterque Rocha**

Formação Profissional:

Farmacêutico CRF-MS: 3178/MS

RG: 001.061.664- SSP/MS
CPF: 703.554.521-20

Ato de Nomeação: 01/12/2020

Início da vigência: 01/12/2020

Endereço Residencial: Rua Raul Frost, nº 2715, Terra Rocha, CEP: 79.840-280,

Dourados – MS

Telefone: (67) 9.9934-6251

E-mail: farmacia@dourados.institutomaissaude.org.br

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS DA ÁREA ADMINISTRATIVA,CONTÁBIL E FINANCEIRA:

Fabiane Thomé Cotovia Pimentel
Formação Profissional: Administração de Empresas

RG: 25.516.385-X – SSP/SP

CPF: 146.840.368-04

Telefone: (11) 98823-1340

E-mail: financeiro1@institutomaissaude.org.br

CONTADOR:
Felipe josé da Silva Junior

Formação Profissional: Contador

CRC/SP: 297249/O-6

RG: 28486637-4 – SSP/SP

CPF: 273.869.828-01

Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços

Início da vigência: 01/06/2022

Telefone: (11) 3842-1501

E-mail: controladoria@institutomaissaude.org.br

ASSESSORIA JURIDICA:

Advogado: **Yuri Vasconcelos**

OAB/SP nº 355.596

CPF: 328.280.958-19

Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços

Início da vigência: 20/11/2022

Telefone: 11 98242-6282

E-mail: yuri.vasconcelos@ismsaude.org.br

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

NOME	CARGO
Alex Marques Cruz	Diretor Geral
Edna Marques Barboza	Responsável técnica de Enfermagem
Ewerton Esterque Rocha	Responsável Técnico Farmacêutico
Alexandre Aguilera Gasoto	Supervisor Administrativo

LISTA DE SIGLAS

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
CECAA	Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SGE	Superintendência-Geral de Gestão Estratégica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
MS	Mato Grosso do Sul
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIHD/SUS	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

O presente Relatório trata da Prestação de Contas das metas assistenciais, que compreendem as metas de produção, desempenho e qualidade, em atenção ao disposto na Cláusula Décima do Contrato de Gestão nº 002/2020 – GCONT 13538.

O Contrato supracitado tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no HRCGD, descritos no Anexo desse Instrumento e foi assinado com a SES/MS no dia 05 de junho de 2020.

O Desenvolvimento do Relatório apresenta o cumprimento do objeto do Contrato de Gestão, de acordo com a sistematização estabelecida no Regulamento do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul (TCE-MS), para a remessa obrigatória de informações, dados, documentos e demonstrativos, aprovado por meio da Resolução - TCE-MS nº 54, de 14 de dezembro de 2016.

Desse modo, o Relatório contempla para cada meta o respectivo indicador, as ações previstas para alcance da meta, as ações realizadas e o percentual de alcance das metas de produção ambulatorial, hospitalar e de desempenho e qualidade. Ademais, para as metas não alcançadas, apresentam-se, em seguida, as respectivas justificativas.

2 MÉTODO

Para desenvolvimento desse Relatório de Prestação de Contas, a equipe realizou os seguintes procedimentos:

a- Análise dos dados de registro do sistema PR e CORE;

b- Levantamento de dados do faturamento;

c- Reunião para compilação de dados com a equipe.

3 DESENVOLVIMENTO

Para melhor análise do desempenho do HRCGD atendendo ao Contrato de gestão e ao 6º TA estabeleceu ajuste das metas, bem como incremento de complexidade nos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos de média complexidade realizados

na unidade conforme quadro abaixo:

ANEXO II – Critérios e Metas de Produção

2. Metas de produção

2.1 Metas de produção para internação

2.2.1 Meta de Produção para internação hospitalar de média complexidade na Unidade(NR)

Especialidade	Quantidade	Procedimento	Mensal	Quadrimestral
Cirurgia Ginecológica	27	Histerectomia Total	20	80
		Colpoperineoplastias	7	28
		Tratamento cirúrgico de incontinência urinária por via vaginal		
		Exerese de glândula de Bartholin/Skene		
		Laqueadura tubária		
		Curetagens uterinas		
Cirurgia Geral	96	Colecistectomia	58	232
		Hernioplastias	38	152
Cirurgia Ortopédica	65	Reconstrução ligamentar intra-articular de joelho (LCA)	20	80
		Tratamento cirúrgico de rotura do menisco	20	80
		Reparo de rotura do manguito rotador	10	40
		Tratamento cirúrgico de luxação recidivante de articulação escapulo-umeral	5	20
		Outras cirurgias ortopédicas	10	40
Cirurgia Vascular	20	Tratamento cirúrgico de varizes (uni/bilateral)	20	80
Total			**208**	**832**

[...]

2.2.2 Meta de Produção para atendimento ambulatorial de média complexidade na Unidade(NR)

Tipo de Atendimento	Mensal	Quadrimestral
Diagnóstico por laboratório clínico	1000	4000
Diagnóstico por radiologia	100	400
Diagnóstico por ultrassonografia	80	320
Consultas médicas especializadas, incluindo risco cirúrgico	350	1248
Diagnóstico por colonoscopia	30	120
Diagnóstico por endoscopia	30	120
Total	**1590**	**6360**

DADOS DE INDICADORES DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Descrição: Produção para **atendimento ambulatorial** de média complexidade no HRCGD.

Indicadores: Quantitativo da produção aprovada/quantitativo da meta de produção x 100**% de alcance da meta na competência 01 de janeiro a 30 de abril de 2023:** conforme apresenta o Quadro nº 02.

Produção ambulatorial e internação para os meses de JANEIRO a ABRIL.

Quadro nº 01. Quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade contratados (meta) e realizados, com respectivo % de alcance da meta, HRCGD, competências 01 de janeiro a 30 de abril de 2023.

Consultas especializadas	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL	META	ALCANCE
CARDIOLOGISTA	208	289	222	222	941	-	-
CIRURGIA GERAL	320	199	290	246	1055	-	-
CIRURGIA VASCULAR	49	51	46	28	174	-	-
GINECOLOGIA	148	128	147	99	522	-	-
ORTOPEDIA	145	174	109	150	578	-	-
Total	870	841	814	745	3270	1248	262%
Exames de Apoio Diagnóstico	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**TOTAL**	**META**	**ALCANCE**
Diagnóstico por laboratório Clínico	3685	1960	2663	2582	10890	4000	272%
Diagnóstico por endoscopia	0	25	20	14	59	120	49%
Diagnóstico por colonoscopia	0	24	23	22	69	120	58%
Diagnóstico por radiologia	265	171	212	227	875	400	219%
Diagnóstico por Ultrassonografia	5	37	47	43	132	320	41%
Total	3955	2217	2965	2888	12025	4960	242%

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas

No mês de janeiro foram realizados 4825 procedimentos ambulatoriais, sendo 870 consultas médicas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, e 3955 apoio diagnósticos .

No mês de fevereiro foram realizados 3058 procedimentos ambulatoriais, sendo 841 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, e 2217 apoio diagnósticos.

No mês de março foram realizados 3779 procedimentos ambulatoriais, sendo 814 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e

risco cirúrgico e risco cirúrgico, e 2965 apoio diagnósticos.

No mês de abril foram realizados 3633 procedimentos ambulatoriais, sendo 745 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico e risco cirúrgico, e 2888 apoio diagnósticos.
Os exames foram ofertado para os pacientes regulaodos via CORE e fila interna do HRCGD para viabilizar as cirurgias.

Observa-se a alta produtividade da instituição para os procedimentos ambulatoriais afim de captar pacientes elegíveis para a realização da meta cirurgica.

Quadro nº 02 – Quadro com a quantidade ofertada de consultas, agendamentos perca primária e absenteísmo.

AMBULATÓRIO	JAN	FEV	MAR	ABR	Total do quadrimestre
OFERTA	1267	1175	1337	1225	**5004**
AGENDADO	1202	1136	1194	1056	**4588**
PERCA PRIMÁRIA	65	39	143	169	**416**
REALIZADO	960	938	930	793	**3621**
ABSENTEÍSMO	242	198	264	263	**967**

Observamos que a perca primária aumentou no primeiro quadrimestre de 2023, onde temos a perca primária de 416, já no quadrimestre anterior perdemos 335 consultas de perca primária, ou seja foi disponibilizado pelo HRCGD para central de regulação, porém não foi agendado os pacientes para as consultas.
Já quanto ao absenteísmo nesse quadrimestre alcançamos 967 e no quadrimestre passado atingimos 858 pacientes que foram agendados, confirmado a presença e não passaram por consulta.
Ao analisarmos o quantitativo de pacientes que não realizaram a consulta identificamos 1383 pacientes, e isso nos leva a concluir que 1383 pessoas deixaram se ser atendidas e continuam na fila sem atendimento. Para mitigar tais percas, a direção do hospital mantém diálogo constante com a central de regulação e com

municípios buscando ações conjuntas para diminuir a perca primária e o absenteísmo.

Quadro nº 03 – Descrição: Internação hospitalar cirúrgica de média complexidade no HRCGD .

CIRURGIAS	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL	META	ALCANCE
CIRURGIA GERAL	74	75	130	100	379	384	99%
CIRURGIA VASCULAR	11	16	11	11	49	80	61%
GINECOLOGIA	45	42	55	56	198	108	183%
ORTOPEDIA	34	35	45	38	152	260	58%
Total Geral	**164**	**168**	**241**	**205**	**778**	**832**	**94%**

Indicadores: Quantitativo da produção realizada da meta de produção x 100.

Detalhamento dos procedimentos realizados conforme contrato de gestão.

Quadro nº 04. Meta de produção **faturada** para internação hospitalar de média complexidade em clínica cirurgica, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de janeiro a 30 de abril de 2023.

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH.

janeiro a Abril

ESPECIALIDADE	PROCEDIMENTO	META	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
CIRURGIA GINECOLÓGICA	Histerectomia	20	17	14	19	19	69
	Colpoperineoplastia	7		1	1	3	5
	Tratamento Cirurgico de incontinencia Urinária por via vaginal		12	7	7	7	33
	Excerese de glandula de bartolin/Skene		2	2	4	2	10
	Laqueadura Tubária		4	1	8	11	24
	Curetagem Uterina		5	13	8	11	37
CIRURGIA GERAL	Colecistectomia	58	45	37	64	39	185
	Herniorrafia	38	27	27	53	45	152
CIRURGIA ORTOPÉDICA	Reconstrução de ligamento intraarticular do joelho (LCA)	20	8	9	9	8	34
	Tratamento Cirurgico de Rotura do Menisco	20	7	8	9	9	33
	Reparo de rotura do Manguito Rotador	10	12	11	22	14	59
	Tratamento cirurgico de luxação recidivante de articulação escapula umeral	5		2			2
	Outras cirurgias ortopédicas	10	7	5	5	7	24
CIRURGIA VASCULAR	Tratamento Cirurgico de Varizes	20	11	16	12	11	50
	Escleroterapia não estética de varizes de MMII	200	0	0	0	46	46
TOTAL			157	153	221	232	763

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH, DATASUS.

Quadro nº 05. Quantitativo de cirurgias agendadas/executadas, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de janeiro a 30 de abril de 2023.

Cirurgias	JAN	FEV	MAR	ABR	Total do quadrimestre
AGENDADO	176	179	261	239	**855**
REALIZADO	164	168	241	205	**778**
ABSENTEÍSMO	7	8	14	30	**59**
CANCELADAS	5	3	6	4	**18**

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas.

No quadro acima temos o quantitativo de cirurgias agendadas de 855 procedimentos cirurgicos que evidenciam que a instituição tem buscado o cumprimento de suas metas acima do quantitativo estabelecido no contrato de gestão.

Porém o absenteísmo e os cancelamentos totalizam 77 procedimentos cirurgicos o que impacta significamente a execução das cirurgias, pois a unidade hospitalar se mostrou proativa no cumprimento de suas metas contratuais.

Para mitigar tais percas, a direção do hospital mantém diálogo constante com a equipe de gestão local, central de regulação e com municípios buscando ações conjuntas para diminuir a perca primária e o absenteísmo.

Quadro nº 06. Meta de produção **faturada** ambulatorial de média complexidade, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de janeiro a 30 de abril de 2023.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS FATURADOS					
Procedimentos	2023/Jan	2023/Fev	2023/Mar	2023/Abr	TOTAL
Diagn por radiologia	247	159	185	81	672
Diag por ultra-sonografia	26	42	64	39	171
Diagn por endoscopia		18	29	14	61
Diag por colonoscopia		15	29	22	66
Diagn por laboratório clínico (0202)	2353	1865	1605	1777	7600
Eletrocardiograma - ECG (021102)	253	305	348	216	1122

Consulta especializada	902	802	826	697	3227
Tratamento Varizes (espuma)				23	23
Total	3781	3206	3086	2869	12942

Fonte: DATASUS, SISAIH.

Quadro nº 07. Relação de **glosas** hospitalar de média complexidade em clínica cirurgica, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de janeiro a 30 de abril de 2023.

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS RESUMIDO					
Quantidade de AIH	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
AIH apresentadas (100%)	154	212	192	262	820
AIH aprovadas	151	206	192	257	806
AIH rejeitadas:	3	6		5	14
a) não especificado					
b) não autorizado para realizar o procedimento					
c) profissional não cadastrado					
d) outros motivos	3	6		5	14
% de glosas	2%	3%	0%	2%	2%

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH

No faturamento dos meses de janeiro a abril de 2023 houve glosa de 14 AIH por "outros motivos" nos mostrando um percentual de 2% abaixo do valor delimitado por contrato.

Mostrando uma evolução quando a diminuição do percentual de glosa referente ao quadrimestre anterior.

INDICADORES DO EIXO DE ASSITÊNCIA À SAÚDE

Metas de Desempenho e Qualidade

Contrato de Gestão nº 002/2020 – GCONT 13538

ANEXO IV.– Indicadores de Desempenho e Qualidade

INDICADOR Nº 01 – Descrição: Assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva: Disponibilidade Serviço de Esterilização (laqueadura e/ou vasectomia) em funcionamento de acordo com a Lei Federal nº9.263 de 12/01/96, Lei Estadual nº2.497 de 31/07/02 e Portaria MS SAS nº48 de 11/02/99.

Considerar meta cumprida desde que o hospital habilitado comprove o atendimento dos seguintes critérios:

a) Manutenção da agenda regular no Sistema Informatizado de Regulação CORE para consultas de pré e pós- operatório e para cirurgias de laqueadura e vasectomia;

b) Apresentação e comprovação da disponibilidade de equipe médica contratada para realização dos atendimentos supracitados, em conformidade com a agenda registrada no Sistema Informatizado de Regulação;

c) Registro dos atendimentos supracitados no SIA e SIHD/SUS, mensalmente.

Fonte de evidência: SAI e SIHD/SUS, Sistema Informatizado de Regulação Estadual CORE, contratos médicos, agenda e protocolo instituído para realização de laqueadura e vasectomia.

Ação Realizada: Disponibilização de datas para agendamento pelo sistema CORE de consultas na especialidade de ginecologia, acompanhamento das vagas inseridas pelo CORE e consultas e demandas geradas.

Agenda quadrimestral em gnecologia

Agenda G.O. jan-abr 2023.pdf

Contrato equipe de Ginecologia

Contrato Ginecologia CAF ser

Protocolo de acesso ginecologia e laqueadura

PROTOCOLO LAQUEADURA PDF.p

INDICADORES DE METAS DO EIXO DE GESTÃO

INDICADOR Nº 02 – Descrição: Disponibilizar, nos prazos definidos pela SES/MS,os dados e documentos mínimos que deverão compor a prestação de contas das áreas administrativa, financeira e contábil, atendo a Resolução nº 03/2020/SES no que couber, assinados por profissional registrado no Conselho Regional de Contabilidade e pelo Responsável Legal da *Organização Social:*

-Balancete contábil,

-Razão contábil,

-Demonstração do Fluxo de Caixa;

-Relação de todos os pagamentos efetuados no mês, em ordem cronológica;

-Extratos bancários das contas movimento e aplicação financeira;

-Comprovantes das despesas (orçamentos, notas fiscais, certidões negativas de débitos, comprovantes de transferências bancárias e demais documentos que Comprovem os gastos);

-Relação de bens móveis adquiridos no mês com as respectivas notas fiscais;

-Planilha com registro dos processos de contratação de serviços, fornecedores e recursos humanos, detalhado: nº do edital, objeto, meio de divulgação (jornal local, diário oficial e/ou site da OSS), data da publicação do edital e do resultado;

-Planilha com detalhamento da manutenção de equipamentos, especificando: ordem de serviço (nº e data), equipamento, problema detectado, data da resolução do problema;

-Relação de contratos com prestadores de serviços e fornecedores, especificando: número do contrato, razão social/CNPJ do contratado, objeto, unidade de medida, valor e vigência;

-Relatório dos colaboradores informando os nomes, quantidade, valores de remuneração, data da admissão e demissão, separados por setores.

-Resumo da folha de pagamentos e comprovantes de recolhimento dos encargos trabalhistas e previdenciários.

Fonte de evidência: Apresentação de todos documentos listados acima.

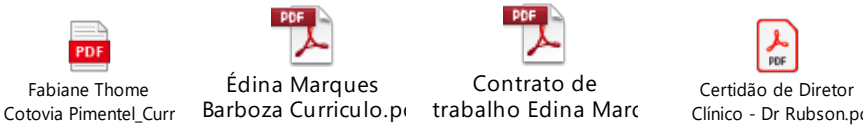
Ação Realizada: Apresentação de todos os documentos pelo Instituto Social Mais Saúde através da plataforma de prestação de contas, bem como no Portal da Transparência

https://www.institutomaissaude.org.br/dourados/

INDICADOR Nº 3 - Metas de desempenho e qualidade: Qualificação técnica da Direção da Unidade Hospitalar:

A Organização Social deve manter a qualificação técnica (formação profissional e experiência) do Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Administrativo e/ou Diretor Financeiro e Diretor de Enfermagem utilizada para pontuação no processo de Chamamento Público ou substituir por outras certificações ou capacitações técnicas equivalentes ou superiores.

Fonte de evidência*: Ato de nomeação, contrato de trabalho, curriculum.*



Contrato nº 085-02-2020_Cassio

Portaria de Nomeação nº 08-20

Contrato Marques-Mais Saúd

Portaria de Nomeação nº 03-20

Ações Realizadas: Considerando perfil hospitalar regional, foram designados para os cargos Diretivos da unidade:

Alex Marques Cruz: Teólogo, Gestor em Saúde Pública, Especialista em administação de serviços hospitalares com experiência em Coordenação de Projetos na área da Saúde no Estado de São Paulo, estado do Pará, experiência em atuação como gestor municipal de saúde e gestor hospitalar, para o cargo de **Direção Geral da unidade**.

Cássio Taffarel Petek: Médico Ortopedista, especialista em cirurgia do Joelho, com experiência em cirurgias na macrorregional de Dourados, bem como experiência em gestão, para **Diretor Técnico da unidade**.

Fabiane Thome Cotovia Pimentel: Contadora, MBA em controladoria e finanças, experiência na diretoria administrativa e financeira de projetos na área da saúde, para o cargo de **Direção Administrativa e Financeira.**

Edina Marques Barboza: Enfermeira, com experiência como Responsável Técnica, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e áreas assistenciais, experiência em certificação de qualidade com atuação em hospital ONA 1, gerenciamento e lideranças para o cargo de **Gerência de Enfermagem**.

Considerando avaliação do Projeto, Perfil da unidade, recurso justo e abrangência cultural da unidade no município e região, optou-se por identificar profissionais atuantes e competentes na modalidade de designação para os cargos diretivos, profissionais conhecedores da gestão em saúde, o que cremos facilita o entendimento, alinhamento e desenvolvimento do objetivo do projeto no estado do MS com todos os atores envolvidos em prol da saúde da população.

INDICADOR Nº 4 – **Descrição:** Política de Regulação do Acesso:

a) Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com equipe e Regimento Interno instituído;

b) Rotina e protocolos estabelecidos para as principais atividades do NIR, conforme Manual de Implantação e Implementação do NIR - Ministério da Saúde (2017);

c) Registro, monitoramento e vigilância, mensal e quadrimestral, dos indicadores de processo, resultado e desempenho, referente a gestão da ocupação dos leitos e agendas, conforme manual do NIR;

d) Apresentação de relatório na Câmara técnica de Atenção Ambulatorial e Hospitalar da Microrregião de Dourados/MS, relativos à agenda, demanda/fila de espera, fluxos e protocolos de referência e contra refrência ao HRCGD.

Fonte de evidência:

Declaração da composição dos colaboradores do NIR assinada pelo Diretor Administrativo do Hospital, apresentação da escala de plantão e do Regimento Interno;

a) Apresentação dos Protocolos e relatório das atividades realizadas no mês;
b) Envio dos dados conforme prazos solicitados via e mail ou por plataforma eletrônica.
c) Apresentação da Ata da reunião.

Ações realizadas: Elaboração do Relatório de Atividades do NIR realizadas no período, elaboração de Protocolo e Planilhas com registro e envio dos mapas dos dados de internação e censo diário dos pacientes na unidade aos endereços eletrônicos diariamente disponibilizados pela CECAA, NRS, CERA, CORE. Elaboração de relatórios e planilhas enviadas a CRLD, CECAA, NRS, alimentação Sistema SES/MS e relatórios módulos CORE (Mapa de Leitos).

PERÍODO DE JANEIRO A ARBIL

Documentos do NIR

regimento Interno Núcleo de Regulaçã

ATA NOMEAÇÃO.pdf

FLUXOGRAMA AMBULATORIAL E CI

Atas quadrimestre

atas nir 1 quadrimestre 2023.p

Monitoramento ambulatorial e cirúrgico quadrimestral

https://analytics.zoho.com/open-view/941393000093349901/adec1b56aba1133440da4bf4b721d500

Obs. Conforme discussão e alinhamento juntamente com a CECAA, a partir de janeiro de 2023 o monitormento se dará através do B.I. no qual através do link a equipe de monitormanto tem acesso aos dados de toda produção hospitalar em tempo real.

Ata de Reunião Câmara Técnica

Obs. Não houve reunião nos meses de de Janeiro a abril

INDICADOR nº 5 – Descrição: Política de Regulação do Acesso: manter painel de indicadores da capacidade instalada e portal da transparência, disponível no endereço eletrônico, com atualização mensal e quadrimestral.

Fonte de evidência: apresentação do link onde constam as informações solicitadas acima - ***https://www.institutomaissaude.org.br/dourados/***

Ações realizadas: Construção do painel e portal da transparências

INDICADOR nº 6 – Descrição: Funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):

a) apresentação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar e das atas mensais de reunião da Comissão;

b) implantação do Protocolo de Antibiótico Profilaxia Cirúrgica (taxa de adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia);

c) vigilância das infecções de sítio cirúrgico (rotina implantada para busca ativa de sinais sugestivos de infecções em pacientes que fizeram cirurgias, registro e notificação à Vigilância Sanitária e apresentação mensal do indicador de ISC)

Fonte de evidência:

a) Apresentação do PCIH e das atas mensais de reunião constando as assinaturas dos membros participantes;
b) Apresentação do Protocolo de Antibiótico Profilaxia Cirúrgica (taxa de adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia);
c) Apresentação dos instrumentos aplicados de Pesquisa Fonada bem como indicadores que atestem sua implantação para mensuração de ISC.

Ações realizadas: Foram definidas ações para anualmente acompanharem avaliações constantes, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Ação de aplicação de instrumento de avaliação dos três indicadores de desempenho definidos pela CCIRAS para mensuração das práticas aplicadas em todos os pacientes.

037 POP PROFILAXIA PDF.pdf

Pesquisa Fonada Janeiro 2023.pdf

Pesquisa Fonada Fevereiro 2023.pdf

Resultado Pesquisa Fonada - Março 202

Resultado Pesquisa Fonada - Abril 2023.

PROFILAXIA 01-23.pdf

PROFILAXIA 02-23.pdf

PROFILAXIA 04-23.pdf

PROFILAXIA 03-23.pdf

ATA CCIH Janeiro 2023.pdf

ATA CCIH FEVEREIRO 2023.pd

ATA REUNIÃO CCIH - MARÇO 2023.pdf

Ata Reunião CCIH - Abril 2023.pdf

INDICADOR nº 7 – Descrição: Funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):

a) Apresentar o Programa de Segurança do Paciente (PSP) e atas de reunião mensal;

b) Implantação e monitoramento do Protocolo de Identificação do Paciente, com apresentação mensal de indicador;

c) Implantação e monitoramento do Protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos, com apresentação mensal de indicador;

d) Implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de úlceras por pressão, com apresentação mensal de indicador;

e) implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de quedas, com apresentação mensal de indicador;

f) notificação e investigação dos Eventos Adversos (EA), bem como, encaminhamentos após identificação de oportunidades de melhoria para mitigação de danos e para evitar recorrência dos EA.

Obs: Os Protocolos de Segurança do Paciente devem ser implantados, no mínimo, um por mês.

Fonte de evidência:

a) Apresentação do Programa de Segurança do Paciente (PSP) e das atas mensais de reunião do Comitê;

b) Apresentação dos Protocolos bem como indicadores que atestem sua implantação.

c) Apresentação das Notificações, bem com relatórios que atestem a investigação dos EA e plano de ação para redução do dano e para evitar sua recorrência.

Ações Realizadas:

- Reorganização através de reunião para redefinição dos membros da

Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente,

- Apresentação da elaboração, implantação e monitoramento dos Protocolos de Identificação do paciente, Administração de Medicamentos, Prevenção de Úlceras, Prevenção de Quedas,
- Notificação e Investigação de Eventos Adversos.

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E SE

REGIMENTO INTERNO COMISSÃO

MONITORAMENTO E PREVENÇÃO DE QU

PROTOCOLO DE ADM DE MED EV.pd

ESCALA DE MORSE - MONITORAMENTC

ESCALA DE BRADEN - MONITORAMENTC

PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO EVEN

JANEIRO

ATA NSP Janeiro 2023.pdf

Protocolo de Identificação do Pac

FEVEREIRO

ATA NSP FEVEREIRO 2023.pdf

META SEG PAC FEVEREIRO 2023.pd

MARÇO

ATA NSP Março 2023.pdf

Meta Segurança do Paciente Março -202

ABRIL

Ata NQSP Abril - 2023.pdf

Meta Segurança do Paciente Abril - 2023

INDICADOR nº 08 – Descrição: Funcionamento da Comissão de Revisão e Análise de Óbito Hospitalar.

a) constituição da equipe, com aprovação de Regimento Interno e apresentação de atas mensais de reunião;

b) rotina e protocolos para revisão, análise, notificação, investigação e classificação dos óbitos hospitalares quanto à evitabilidade dos mesmos;

c) registro, monitoramento e vigilância dos indicadores de mortalidade institucional.

Objetivo: aprimorar a qualidade da assistência ao paciente e resolutividade da atenção hospitalar.

Fonte de evidência*:*

a) Declaração dos colaboradores da Comissão de Revisão e Análise de Óbito Hospitalar assinada pelo Diretor Administrativo do Hospital

b) apresentação do Regimento Interno

c) apresentação das atas mensais de reunião com assinatura dos participantes

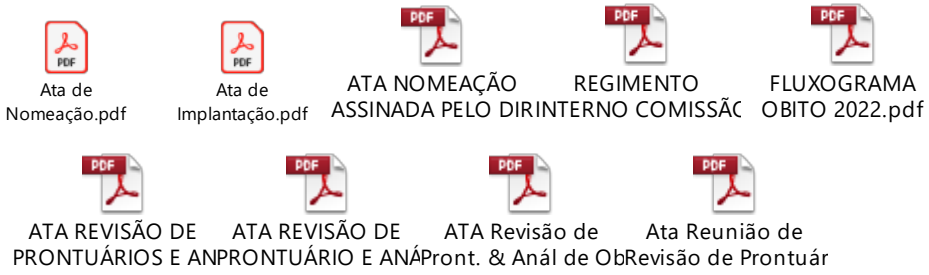
a) Apresentação dos Indicadores de mortalidade institucional bem como análise e recomendações da Comissão a Direção Hospitalar.

Ações realizadas:

a) Reunião registrada em ata para implantação da Comissão.

b) Regimento Interno com definição dos indicadores da Comissão.

c) Elaboração de fluxogramas para encaminhamentos e comunicação dos óbitos pela enfermagem e pela comissão.



INDICADOR nº 09 – *Descrição:* Programa de Educação Permanente (elaboração anual), que deve incluir minimamente os seguintes temas para funcionários relacionados à assistência:

1. Prevenção e controle das principais infecções relacionadas à assistência a saúde;

2. Protocolos de Segurança do Paciente;

3. Higienização das mãos;

4. Humanização.

a. Realizar, no mínimo, duas capacitações das descritas acima por quadrimestre.

b. Verificar o percentual de pessoal capacitado, relacionados à área assistencial, no quadrimestre avaliado.

Observação: a capacitação poderá ser interna, desenvolvida pela Direção Hospitalar, ou externa, quando realizada por outras instituições, desde que apresente comprovante.

Fonte de evidência: *Apresentação de documento com data, carga horária, conteúdo abordado, palestrante/facilitador, local e nome completo, cargo e assinatura dos participantes.*

Ações realizadas*:*

Elaborado cronograma para capacitações pelo setor de RH e RT de Enfermagem, conforme período para apresentação quadrimestral.

Realizado capacitações e treinamentos incluindo todos os setores do hospital e disponibilizados os certificados conforme cronograma elaborado pela unidade e descrito em contrato de gestão.

Cronograma
Educação Continuac

TREINAMENTO JANEIRO: CÓDIGO AMARELO

Conteúdo
Treinamento - Códi

Relatório Geral
treinamento realiza

Média de
colaboradores que

Lista de Presença -
Treinamento CÓDIG

TREINAMENTO FEVEREIRO: IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

Lista de Presença -
Treinamento Identif

Conteúdo
Treinamento - Iden

Relatório Geral do
Treinamento Fevere

Média de
Colaboradores que

TREINAMENTO MARÇO: SEGURANÇA NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Lista de Presença
do Treinamento - Se

Conteúdo
Treinamento - Segu

Relatório Geral do
Treinamento de Ma

Média de
Colaboradores que

TREINAMENTO ABRIL: 1º WORKSHOP DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Lista de Presença
do Treinamento 1º \

Conteúdo
Treinamento de Abr

Relatório Geral do
Treinamento de Abr

Média de
Colaboradores que

ANÁLISE QUADRIMESTRAL

Média Quadrimestral de Tr

INDICADOR nº 12 – Descrição: Implantação da gestão participativa (dirigentes e trabalhadores)

Fonte: registro de **reunião quadrimestral** entre a Direção Administrativa (alta gestão) e colaboradores chaves (Responsáveis Técnicos e líderes) para apresentação do Relatório de Visita Técnica, elaborado pela Auditoria Estadual, bem como para definição de atribuições e responsabilidades por serviço hospitalar e/ou profissional, visando o cumprimento das metas contratadas.

OBSERVAÇÃO: As reuniões para apresentação do Relatório de Visita Técnico aos colaboradores chaves na unidade hospitalar só são possíveis ocorrerem em datas *posteriores ao recebimento do Relatório enviado pela CECAA.*

ATAS DAS REUNIÕES DE GESTÃO PARTICIPATIVA JANEIRO A ABRIL 2022

Atas das reuniões realizadas com as Gerências, Coordenações, Supervisor, equipes e colaboradores da unidade em momentos distintos, conforme possível para manter assistência da unidade hospitalar e evitar aglomerações.

REUNIÕES QUADRIMESTRE

ATAS REUNIÃO DE GESTÃO JAN-ABR 20

DADOS COMPLEMENTARES REFERENTE AO FATURAMENTO REALIZADO NA UNIDADE:

Ações realizadas: Atualização mensal no CNES.

Atualizações: Profissionais, serviços cadastrados e equipamentos, instalações físicas para assistência (ambulatório, centro cirúrgico e hospital).

JANEIRO

INFORMAÇÕES GERAIS.pdf

EQUIPAMENTO.pdf

CLASSIF ESTABELECIMENTO.

CARACTERIZAÇÃO.pdf

ATIVIDADE.pdf

PROFISSIONAIS.pdf

LEITOS.pdf

INFRAESTRUTURA.pdf

FEVEREIRO

INFORMACOES GERAIS.pdf

EQUIPAMENTO.pdf

CLASSIF ESTABELECIMENTO.

CARACTERIZACAO.pdf

ATIVIDADE.pdf

PROFISSIONAIS.pdf

LEITOS.pdf

INFRAESTRUTURA.pdf

MARÇO

INFORMACOES GERAIS.pdf

EQUIPAMENTO.pdf

CLASSIF ESTABELECIMENTO.

CARACTERIZACAO.pdf

ATIVIDADE.pdf

PROFISSIONAIS.pdf

LEITOS.pdf

INFRAESTRUTURA.pdf

ABRIL

INFORMAÇÕES GERAIS.pdf

EQUIPAMENTO.pdf

CLASSIF ESTABELECIMENTO.

CARACTERIZAÇÃO.pdf

ATIVIDADE.pdf

PROFISSIONAIS.pdf

LEITOS.pdf

INFRAESTRUTURA.pdf

Fonte de evidência: Sítio do CNES.

PRODUÇÃO INTERNAÇÃO CIRURGICA JANEIRO A ABRIL DE 2023.

JANEIRO

ESPELHOS.pdf

FEVEREIRO

ESPELHOS.HRCGD.02.pdf

MARÇO

ESPELHOS.pdf

PROTOCOLO.pdf

ABRIL

ESPELHOS.HRCGD 04.2023.pdf

RELATÓRIO SERVIÇO SOCIAL - JANEIRO A ABRIL

Pesquisa de satisfação 01-23.pdf

Pesquisa de satisfação 02-23.pdf

satisfação 03.23.pdf

Pesquisa de satisfação 04.23.pdf

RELATÓRIO ATENDIMENTOS A INDÍGENAS MESES - JANEIRO A ABRIL 2023

ATEND. INDIGENA MARÇO 2023.pdf

ATEND. INDIGENA JANEIRO 2023.pdf

ATEND. INDIGENA FEVEREIRO 2023.pd

ATEND. INDIGENA ABRIL 2023.pdf

RELATÓRIO ATUALIZADO PATRIMÔNIO JANEIRO A ABRIL 2023

PATRIMÔNIO JANEIRO DE 2023.pc

FEVEREIRO DE 2023.pdf

PATRIMÔNIO MARÇO DE 2023.pd

PATRIMÔNIO ABRIL DE 2023.pdf

4 CONCLUSÃO

No período de 01 de janeiro de 2023 a 30 de abril de 2023 que determina o período do primeiro quadrimestre de 2023, verificou-se que no que se refere ao cumprimento das metas de Desempenho e Qualidade bem como as metas de produção no período citado atendemos ao **6º Termo Aditivo**.

Cumpre evidenciar o índice de perca primária conforme quadro 2, no quadrimeste anterior estava menor, nesse quadrimestre o mesmo se elevou, lembramos que se o se manter elevado pode nos impactar de forma preponderante o atingimento das metas de produtividade.

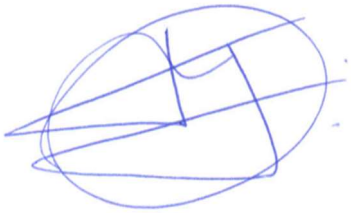
Nesse quadrimestre inserimos o quadro 5 o qualnos mostra o quantitativo de ciruurgias agendadas/executadas e o quantitativo de absenteísmo e cancelamentos cirurgicos qua ocorreramno período, bem como as ações impementadas para mitigar tais percas.

Nesse quadrimeste tomamos providências nas definições de trabalho, continuamos a estruturação de RH, implantação de novas diretrizes, após inicio da implantação da cultura de qualidade continuamos a implantar os processos e buscamos cumprir todos os requisitos para cumprimento dos Indicadores de Desempenho e Qualidade, solicitados e descritos no Anexo IV.a do Contrato de Gestão 02/2020 entre SES/MS e OSS - Instituto Social Mais Saúde, lembramos ainda que o acompanhamento em loco ocorre através dos

técnicos do Núcleo Regional.

Portanto foram realizados todos os atendimentos propostos no quadrimestre, conforme deliberação de critérios estabelecidos pela SES/MS.

Dourados/MS, 12 de Junho de 2023.



Alex Marques Cruz
Diretor Geral HRCGD