HOSPITAL REGIONAL

DE CIRURGIAS DA GRANDE

DOURADOS

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL

Maio, Junho, Julho e Agosto/2021

SUMÁRIO

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO 9

LISTA DE SIGLAS 9

1 INTRODUÇÃO 10

2 MÉTODO 11

3 DESENVOLVIMENTO 11

4 CONCLUSÃO 47

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/SP

CPF: 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

Início de Exercício:

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:

27/07/2021Início da

vigência: 27/07/2021

Endereço Residencial: Rua Isidoro Pedroso, nº 450, Apto 104, Vila Maxwell, CEP:

79.800-000, Dourados – MS

Telefone: (18) 9.9707-7121

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

Analista Administrativo: **Lidiane Aparecida S. Melgarjo**

Formação Profissional: Ensino Médio

Completo

RG: 00140922 - SSP/MS

CPF: 003.800.281-74

Ato de Nomeação:

20/07/2020Início da

vigência: 20/07/2020

Endereço Residencial: Rua Izzat Bussuan, nº 4.377, Vila Ubiratan, CEP: 79.831-010,Dourados – MS

Telefone: (67) 9.9635-2707

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

Diretor Técnico: **Cassio Tafarel Petek**

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

RG: 001.648.882 –

SSP/MSCPF:

002.313.311-26

Ato de Nomeação:

01/08/2021Início 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

Responsável Técnica de Enfermagem: **Roseli Evangelista do Nascimento**

Formação Profissional:

EnfermeiraCOREN/MS:

000.598.908

RG: 001.956.606

CPF: 042.967.761-85

Ato de Nomeação:

17/08/2020Início da

vigência: 17/08/2020

Endereço Residencial: Rua Joana de Matos Rocha, nº 1520, Jd. Novo Horizonte CEP:79.822-400, Dourados – MS

Telefone: (67) 92000-4716

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

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

Formação Profissional:

FarmacêuticaCRF-MS:

3178/MS

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

Ato de Nomeação:

01/12/2020Início 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

Diretor Clínico: **Rubson Rodrigues Junior**

CRM-MS: 6256/MS

RG: 13.773.003 –

SSP/MTCPF:

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

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS METAS DE PRODUÇÃO,DESEMPENHO E QUALIDADE:

Grazieli Landiosi Garcia
Formação Profissional: Enfermagem

RG: 41.955.198-0 – SSP/SP

CPF: 341.928.558-28

Início da vigência:

05/06/2020Telefone:

(18) 9.9810-9092

E-mail: assessoriatecnica@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:
Davi Cordeiro de Oliveira
Formação Profissional:
ContadorCRC/SP:
196158/O-2
RG: 28439810 – SSP/SPCPF:
280.320.008-28
Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços
Início da vigência:
05/06/2020Telefone:
(11) 3842-1501
E-mail: controladoria@institutomaissaude.org.br

ASSESSORIA JURIDICA:
Advogada: **Patrícia Mora Saggioro**
OAB/SP nº 371.399
CPF: 173.352.738-97
Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços
Início da vigência: 05/06/2020
Telefone: (11) 9.9783-2911
E-mail: juridico@institutomaissaude.org.br

Advogada: **João Bueno da Costa Neto**
OAB/SP nº 105.303
CPF: 083.738.828-71
Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviço

Início da vigência: 05/06/2020

Telefone: (11) 9.8478-9000
E-mail: juridico@institutomaissaude.org.br

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

NOME	CARGO
Alex Marques Cruz	Diretor Geral
Roseli Evangelista do Nascimento	Responsável Técnica Enfermagem
Ewerton Esterque Rocha	Responsável Técnico Farmacêutico
Grazieli Landiosi Garcia	Coordenadora de Projetos
Alexandre Aguilera Gasoto	Responsável Faturamento

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
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
MS	Mato Grosso do Sul
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Assistência

SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIHD/SUS	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica 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

Em 17 de março de 2021, através 4º Termo Aditivo, oferta de atendimento em clínica médica de média complexidade adequando as enfermarias conforme demanda do Complexo Regulador para Assistência dos casos de Síndrome Respiratória Aguda – SRAG, suspeitos/confirmados de Covid-19.

Foram disponibilizados 32 leitos de internação em clínica médica de média complexidade para atender os casos de SRAG suspeitos/confirmados de COVID , destes 04 leitos de estabilização.

Neste período foi ofertado o serviço de fisioterapia respiratória 24h para ventilação não invasiva e serviço assistência social e estabelecido os critérios clínicos para admissão de pacientes.

A partir de 17 de Julho de 2021, retomada com as adequações técnicas ao perfil de atendimentos em média complexidade em clínica médica e cirúrgica para outras patologias clínicas que não sejam suspeitos/confirmados COVID-19.

O período de análise deste relatório compreende o período de atendimento de casos COVID-19 nos meses de maio, junho e parcialmente julho, no período de 18 a 31 de julho a unidade deu alta para os últimos pacientes internados com diagnóstico COVID, com retomadas cirurgias em agosto/21.

Para melhor análise do desempenho do HRCGD atendendo ao Contrato de gestão e ao 4º TA foi dividido em dois quadros:

quadro I com os indicadores de qualidade do período que compreende atendimento de casos COVID-19 dos meses de maio, junho e julho

quadro II com indicadores de atendimento perfil cirúrgico a partir de agosto/21.

DADOS DE INDICADORES DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Importante enfatizar que a organização do serviço teve sua sua aplicabilidade vinculada ao Decreto nº 15.391, de 16 de março de 2020 e ao Decreto nº 15.396, de 19 de março de 2020, ou seja, até que se finde o períodode exceção provocado pela pandemia de COVID – 19.

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 maio a 31 de agosto de 2021: conforme apresenta o Quadro nº 01.

Quadro nº 01. Quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade contratados (meta) e aprovados, com respectivo % de alcance da meta, HRCGD, competências 01 de maio a 31 de agosto de 2021.

CONSULTAS			Ano:2021	
ESPECIALIDADES	**MAIO**	**JUNHO**	**JULHO**	**AGOSTO**
Cirurgia Geral	0	0	33	141
Cirurgia Ortopédica	0	0	0	41
Consulta Avaliação risco cirúrgico	0	0	0	108
EXAMES APOIO DIAGNÓSTICO				
Diagnóstico por laboratório clínico	4274	3123	946	1637
Diagnóstico por radiologia	88	29	37	67
Método Diagnóstico em especialidades (ECG)				126
Total	**4362**	**3152**	**1016**	**2120**
Meta de Produção Ambulatorial	**0**	**0**	**0**	**3968**

Fonte: Livros de registro de atendimento, relatório do NIR e PR Sistemas

No período de atendimento ao casos COVID, de maio a julho de 2021, não havia meta de apoio diagnóstico, visto que tais exames fazem parte parte do apoio diagnóstico.

No período de 17 a 31/julho com a retomada cirúrgica, foram realizadas 33 consultas na especialidade cirurgia geral da fila interna para cirurgia em agosto.

Lembrando que houve suspensão de cirurgias eletivas diante do aumento de casos COVID no estado de MS.

Em agosto o HRCGD passou a ofertar consulta e cirurgia eletiva na especialidade de realizar cirurgia geral, avaliação da fila interna de ortopedia, e avaliação do risco cirúrgico tanto dos casos da cirurgia geral quanto da ortopedia, este último para viabilizar as cirurgias ocorrerem em setembro.

Os exames não foram ofertados para o CORE, e sim ofertado para os pacientes da fila interna do HRCGD para viabilizar as cirurgias em agosto e setembro.

Quadro nº 02 – Descrição: Internação clínica no período que compreende maio a julho para atendimento a COVID-19 e para internação hospitalar cirúrgica de média complexidade no HRCGD .

Indicadores: Quantitativo da produção aprovada/quantitativo da meta de produção x 100.

PRODUÇÃO DE INTERNAÇÕES

ESPECIALIDADE	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
ORTOPEDIA				
VASCULAR				
GINECOLOGIA				
OTORRINOLARINGOLOGIA				
UROLOGIA				
CIRURGIA GERAL				48
CLINICA MEDICA GERAL	110	76	19	
TOTAL GERAL	**110**	**76**	**19**	**48**

Fonte: Livros de registro de atendimento centro cirúrgico, relatório do NIR e PR Sistemas.

Na retomada do perfil cirúrgico no mês de agosto foi realizada 48 cirurgias gerais e identificamos que a fila interna de pacientes não estava higienizada causando assim a dificuldade na captação de pacientes habilitados para o ato cirúrgico.

Quadro nº 03. Meta de produção **faturada** para internação hospitalar de média complexidade em clínica médica, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, competência maio a julho de 2021.

PROCEDIMENTOS FATURADOS			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	**Mai/21**	**Jun/21**	**Jul/21**
03.06.01.018-8 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA	14	48	48
03.03.01.022-3 TRATAMENTO DE COVID	46	72	45
03.03.14.015-1 TRATAMENTO DE PNEUMONIAS	5	5	4
04.07.03.002-6 - COLECISTECTOMIA			
04.07.04.006-4 - HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA			
04.07.04.008-0 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL			
04.07.04.009-9 - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)			
04.07.04.010-2 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)			
04.07.04.012-9 - HERNIOPLASTIA UMBILICAL			
04.07.04.013-7 - HERNIORRAFIA INGUINAL IDEOLAPAROSCOPICA			
TOTAL DE AIHs APRESENTADAS NO SIHD/SUS	**65**	**125**	**97**

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH.

INDICADORES DO EIXO DE ASSITÊNCIA À SAÚDE

Metas de Desempenho e Qualidade

4º Termo Aditivo Perfil atendimentos Clínicos Covid-19

A aplicabilidade vinculada ao Decreto nº 15.391, de 16 de março de 2020 e ao Decreto nº 15.396, de 19 de março de 2020, ou seja, até que se finde o período de exceção provocado pela pandemia de COVID – 19.

Lembramos ainda que período de análise deste relatório compreendeu o período covid-nos meses de maio, junho e parcialmente julho, e no mês de agosto valtamos a atender o perfil cirúrgico.

ANEXO IV.a– Indicadores de Desempenho e Qualidade do Período de COVID-19

INDICADOR Nº 01 – Descrição: Disponibilizar profissionais médicos, enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem nas 24 horas de funcionamento, com dimensionamento conforme determinações dos respectivos Conselhos Profissionais.

Fonte de evidência (documentos anexos): Escalas de profissionais com carimbo e assinatura do Médico(a) e do(a) Enfermeiro(a) responsável técnico pelo Hospital e apresentação de documento (dimensionamento) assinado pelos respectivos profissionais responsáveis que especifique o quantitativo de profissional necessário segundo o perfil assistencial e as legislações vigentes.

***Nota:** Importante ressaltar que profissionais afastados por quaisquer motivos (licenças/atestados/férias, dentre outros) deverão ser substituídos.*
Ações realizadas: Registro da cobertura de atendimento médico presencial no HRCGD, durante 24 horas/dia, nos 07 dias por semana. Escalas de plantão; documento elaborado de dimensionamento de enfermagem.

Documentos referente a Maio

Apontamento Medico maio 2021_0

escala diaristas medicas maio 2021_0

Escala Medica e Carga horaria maio 2

registro de atividades medicas m

Escala enfermagem Maio2021_0001.pdf

DIMENSIONAMENTO COVID 21 06 2021 (3

Documentos referente a Junho

Apontamento médicos Junho2021.

escala diaristas medicas junho 2021

escala e carga horaria medica junh

registro de atividades medicas j

Escala Enfermagem Junho 2021_0001.pc

DIMENSIONAMENTO COVID 21 06 2021 (3

Documentos referente a Julho

Apontamento medico Julho 2021.xlsx

escala diaristas 01 a 18 de julho_0001.pdf

escala e carga horaria 01 a 18 de jul

demostrativo de plantão 01 a 18 de jul

pre escala medica julho 2021.pdf

escala diaristas julho 2021_0001.pdf

Escala enfermagem julho 2021_0001.pdf

INDICADOR Nº 02 – Descrição: Implantar protocolo de comunicação da situação de Saúde do paciente internado (Boletim Médico) com os familiares/responsáveis.

Fonte de evidência: Apresentação do protocolo.

1_-_Boletins_Médicos_preenchidos_por_dia

PROTOCOLO DE EMISSÃO DE BOLETIN

Ata BM 01.04.pdf

DEMONSTRATIVO DE ENVIO DOS BOLETINS PELO WHATSS DO TELEFONE DO HOSPITAL (67.99341-2950) AOS RESPONSÁVEIS:

INDICADOR Nº 3 - Metas de desempenho e qualidade: Entrega de Termo com orientações pós-alta (com ilustrações), principalmente no que se refere a medidas de quarentena e prevenção de transmissão da infecção por COVID-19 aos pacientes/familiares/responsáveis e o encaminhamento do paciente para unidade de atenção primária com resumo da internação.

Fonte de evidência: 2ª via de Termos de Orientação com data e assinatura de recebimento, anexado ao prontuário.

Orientações alta e encminhamentos.pdf

JOSE CARLOS FREIRE DOS SANTOS

Ação Realizada: Elaboração de instrumento com orientação ao paciente na alta com ilustrações. Devido a recomendação na redução de emissão de papéis saindo da área assistencial pelo risco de contaminação por covid-19, e prontuário em ventilação por período superior a 7 dias para posterior encaminhamento ao setor de faturamento, **enviamos as orientações por whatsapp aos familiares e pacientes.**

INDICADORES DE METAS DO EIXO DE GESTÃO

INDICADOR Nº 04 – 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.

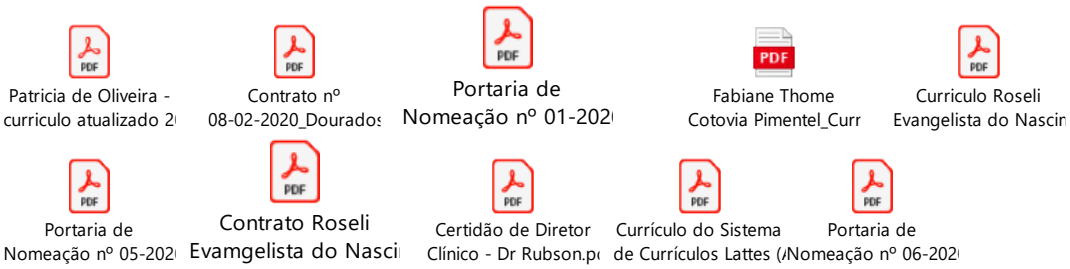
As informações consta no Portal da Transparência

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

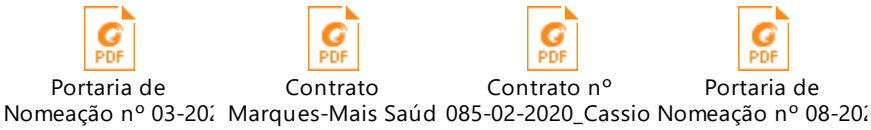
INDICADOR Nº 5 - Metas de desempenho e qualidade: Qualificação técnica da Direção da Unidade Hospitalar:

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.*



Agosto.



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

Patrícia de Oliveira: Enfermeira, Gestora em Saúde Pública, Especialista em Saúde Coletiva com experiência em Coordenação de Projetos na área da Saúde no Estado do MS, experiência em atuação como gestora hospitalar desde implantação da atuação do projeto de OSS no estado do MS, para o cargo de **Direção Geral da unidade**.

Amanda Fujii Geld: Médica Cardiologista, especialista em cardiogeriatria, com experiência na macrorregional de Dourados, para **Diretora Técnica 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.**

Roseli Evangelista do Nascimento: Enfermeira, com experiência como Responsável Técnica, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e áreas assistenciais, gerenciamento e lideranças para **RT de Enfermagem**.

A partir de Agosto de 2021 iniciaram como Diretor geral, Alex Marques Cruz: Teólogo, com experiência em saúde pública, especialização em saúde pública, direito sanitário e gestão hospitalar, experiência em impantação de projetos em hospitais.

Diretor técnico **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**.

Considerando avaliação do Projeto, Perfil da unidade, recurso justo e abrangência cultural da unidade no município e região, optou-se por identificar regionalmente profissionais atuantes e competentes na modificação da modalidade de designação para os cargos diretivos, diferentemente dos nomes inicialmente apontados no chamamento, para condução do Projeto em Dourados/MS. Acreditamos ser mais assertiva essa decisão de alocarmos 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 6 – **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 comunicação diária a SES e a Comissão de avaliação do censo de ocupação dos leitos, conforme solicitações por resoluções, ofícios ou

outro tipo de comunicação oficial;

Fonte de evidência:

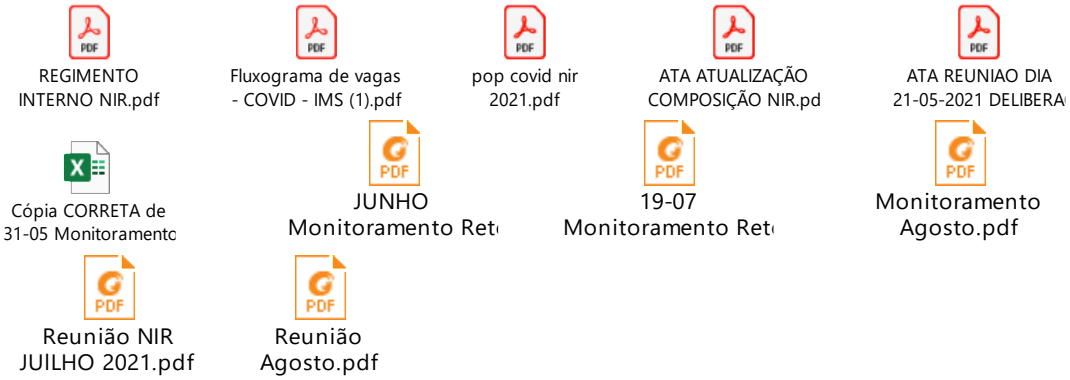
a) Declaração da composição dos colaboradores do NIR assinada pelo Diretor Administrativo do Hospital, apresentação da escala de plantão e do Regimento Interno;

b) Apresentação dos Protocolos e relatório das atividades realizadas no mês;

c) Envio dos dados conforme prazos solicitados via e mail ou por plataforma eletrônica.

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. Início de perfil atendimentos clínicos e internações a pacientes SRAG Covid-19, via regulação CORE a partir de 17/03/2021. Acompanhamento no encaminhamento das vagas 24h. Elaboração de relatórios e planilhas enviadas a CRLD, CECAA, NRS, MP/Dourados, alimentação Sistema Covid/SES/MS e relatórios módulos CORE (Mapa de Leitos).

PERÍODO DE MAIO A AGOSTO



INDICADOR nº 7 – 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-transparencia/***

Ações realizadas: Construção do painel e portal da transparências

INDICADOR nº 8 – 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);

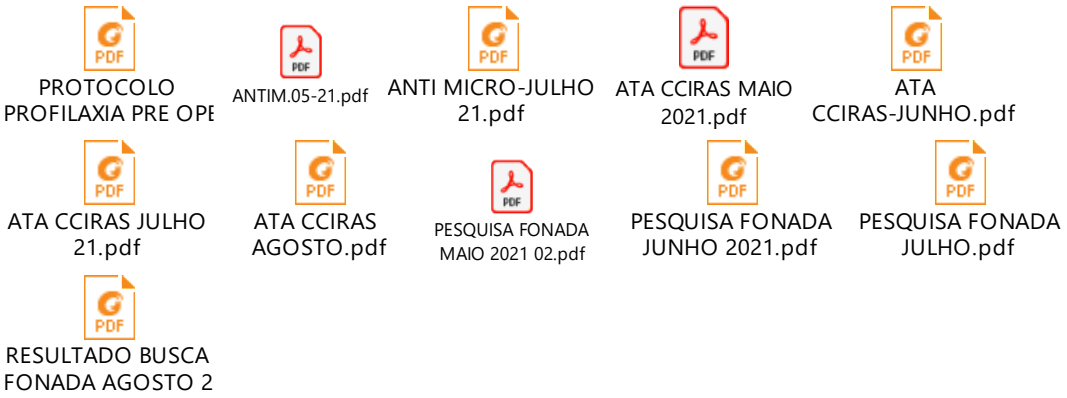
c) vigilância das infecções de sítio cirúrgico (rotina implantada para busca ativa de sinais sugestivos de infecções em pacientes que fizeram cirurgias, registro e notificação à Vigilância Sanitária e apresentação mensal do indicador de ISC)

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. Através do 4º Termo Aditivo iniciamos perfil de atendimentos clínicos de internação Covid-19 com recebimento de pacientes via sistema CORE de regulação. Realizadas ações de

acompanhamento e relatórios com pacientes perfil SRAG Covid-19.



INDICADOR nº 9 – 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 IDENTIFICAÇÃO DO P/

POP ADMINISTRAÇÃO DE

MONITORAMENTO E PREVENCAO DE QUEI

MONITORAMENTO E PREVENCAO DE ULCE

FICHA DE NOTIFICACAO ADVER

CONTROLE DE VIGILANCIA LAVAGEM

MAIO

TABULAÇÃO MAIO 2021.pdf

ATA NSP MAIO 2021.pdf

PROTOCOLO MAIO 2021.pdf

JUNHO

ATA NSP-JUNHO 2021.pdf

TABULAÇÃO IDENT. PAC.JUNHO 2021.pd

MONITORAMENTO E PREVENCAO DE ULCE

FICHA DE NOTIFICACAO ADVER

PROTOCOLO JUNHO 2021.pdf

JULHO

FICHA NOTI. EVENT.ADVERSO-JU

CONTROLE VIG. E LAVAG. MAOS-JULH

MON.ULCERA PRESSAO-JULHO.pd

ATA NSP-JULHO.pdf

PROT. PREV. ULCERAS. ESCALA M

AGOSTO

ATA NSP AGOSTO.pdf
PROT. PREV. ULC.ESCA.MOR. AG(
TAB. CIR SEG AGOSTO.pdf
EVENTO ADVERSO AGOSTO.pdf
PREVENÇAO DE ULCERAS AGOSTO.p
ESCALA DE MORSE AGOSTO.pdf

INDICADOR nº 10 – 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) Realização de nomeação pela Direção Geral dos colaboradores da Comissão de Revisão e Análise de Óbito Hospitalar.

b) Reunião registrada em ata médico para implantação da Comissão.

c) Regimento Interno com definição dos indicadores da Comissão.

d) Elaboração de fluxogramas para encaminhamentos e comunicação dos

óbitos pela enfermagem e pela comissão.

Período de avaliação e coleta de dados do indicador de 01 a 31 de Maio de 2021, através do 4º Termo Aditivo entre a SES/MS e Instituto Social Mais Saúde definições de internações e atendimentos a pacientes com perfil SARS Covid-19.

Realizada reunião conforme Ata de registro da Comissão de Análise de Prontuário e óbito no período de maio, junho, julho e agosto de 2021, com registro de 02 óbitos no período no mês de maio.

Ata de Nomeação.pdf
Ata de Implantação.pdf
FLUXOGRAMA OCORRENCIA OBITO
Comissao de Analise de Prontuario.pdf
FLUXOGRAMA OCORRENCIA OBITO
ATA DELIB. SUBSTITUIÇÃO INTEG
ATA OBITO MAIO 2021.pdf
ATA PRONTUARIO E OBITO JUNHO 202
ATA OBITO 07.21.pdf
ATA OBITO AGOSTO 2021.pdf

INDICADOR nº 11 – *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.

TREINAMENTO MAIO: CUIDADO COM ACESSO VENOSO

Conteudo treinamento cuidado

Lista de presença treinamento cuidado

media de funcionários que fizer

relatorio geral treinamento Cuidado

relatorio treinamento Cuidado com Acesso

relatorio treinamento Cuidado com Acesso

relatorio treinamento Cuidado com Acesso

Cronograma Treinamento 2021_0

TREINAMENTO JUNHO: SEGURANÇA DO PACIENTE

Media de funmcionarios que

Relatorio Geral Treinamento Segura

Treinamento Segurança do Pacie

Treinamento Segurança do Pacie

TREINAMENTO AGOSTO: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E HUMANIZAÇÃO, HIPERTENSÃO, COLESTEROL

Média de funcionários que fiz

Relatorio Geral Treinamentos Realiz

Relatorio treinamento human

Lista de presença treinamento human

Conteudo Hipertensão Arterial

Relatorio treinamento Hiperte

Lista presença treinamento Hiperte

Conteudo Combate ao Colesterol.pdf

Relatorio Treinamento Comba

Lista de Presença combate ao Coleste

Lista de Presença Palestra Negociação

Relatorio Palestra Negociação e Gestã

ANÁLISE QUADRIMESTRAL

Média quadrimestre maio a

Meta nº 12 – Descrição: Cálculo e divulgação dos seguintes indicadores (por mês):

a) Quantidade de pacientes recusados via CORE, com respectiva justificativa;

b) Quantidade de pacientes transferidos (listando principais motivos).

Fonte de evidência: Relatórios gerenciais apresentados na Prestação de Contas Assistencial.

Ações realizadas: Realizado acompanhamento e levantamento das fichas do CORE para elaboração de relatório gerenciais de Pacientes Recusados e Pacientes Transferidos via CORE com respectivas justificativas e principais motivos pelo NIR da unidade. Anexado ainda Relatório Vagas gerado e disponível no Sistema CORE ***meses de maio a julho 2021.***

MAIO.

Vagas Negadas Maio.pdf

Tranferencia Maio.pdf

GRÁFICO RELATÓRIO TÉCNICOS MENSAL M

JUNHO

Vaga negada junho.pdf

Transferencia junho.pdf

GRAFICO RELAT.TEC.JUNHO.p

JULHO

Vaga negada julho.pdf

Transferência julho.pdf

relatório tecnico julho.pdf

Meta nº 13 – Descrição: Apresentar percentual de glosas de AIH aprovadas no SIHD2 inferior à 5% em relação a produção AIH apresentada no Sistema de Informação Hospitalar /DATASUS.

Fonte: Percentual de glosas de internações hospitalares do SIH/DATASUS do respectivo período de avaliação.

≥ 85% de Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH).

Objetivo: avaliar a ocupação dos leitos e o ajuste dos mesmos ao quantitativo e ao perfil das internações contratadas.

MAIO/2021 20/04 À 19/05		JUNHO/2021 20/05 À 19/06		JULHO/2021 20/06 À 19/07		AGOSTO/2021 20/07 À 19/08	
ALTAS NO PERIODO	106	ALTAS NO PERIODO	97	ALTAS NO PERIODO	58	ALTAS NO PERIODO	33
APRESENTADAS	64	APRESENTADAS	123	APRESENTADAS	97	APRESENTADAS	19
REAPRESENTADAS	13	REAPRESENTADAS	2	REAPRESENTADAS	0	REAPRESENTADAS	0
GLOSADAS	3	GLOSADAS	5	GLOSADAS	2	GLOSADAS	
REJEIÇÃO	4%	REJEIÇÃO	4%	REJEIÇÃO	2%	REJEIÇÃO	0%
REGISTRO DE COMPETENCIA INCORRETA DA FISIOTERAPIA EXCEDENDO O LIMITE		2 DAS 5 GLOSAS SÃO REAPRESENTAÇÕES DA COMPETENCIA DE MAIO, AS OUTRAS 3 SE DEVEM A REGISTROS INDEVIDOS		REGISTRO DE QTD DE PROCEDIMENTO INCOMPATIVEL		SEM INFORMAÇÕES	
A quantidade de altas nos periodos não são equivalentes às internações apresentadas devido a **Resolução N. 012/SES/MS** que determina os prazos de envio da planilha de faturamento							
Estamos sempre buscando compreender as regras e nos adequar aos padrões de faturamento estabelecidos, havendo cada vez menos rejeições da produção e sempre reapresentamos as AIHs glosadas passiveis de correção. Pode-se perceber que a porcentagem está consideravelmente menor a cada mês e estamos próximos de um padrão de excelência com zero glosas.							

DADOS COMPLEMENTARES REFERENTE AO FATURAMENTO REALIZADO NA UNIDADE:

Ações realizadas: Atualização mensal no CNES.

A) Profissionais

Profissionais 05.21.pdf

PROFISSIONAIS 06-21.pdf

PROFISSIONAIS 07-21.pdf

CNES AGOSTO.pdf

c) serviços cadastrados e equipamentos

MAIO

Classif. Estabelecimento 05.2´ | Infraestrutura 05.21.pdf | Equipamentos 05.21.pdf | Atividade 05.21.pdf

JUNHO

CLASSIF ESTABELECIMENTO (| INFRAESTRUTURA 06-21.pdf | EQUIPAMENTO 06-21.pdf | ATIVIDADE 06-21.pdf

JULHO

CLASSIF ESTABELECIMENTO (| INFRAESTRUTURA 07-21.pdf | EQUIPAMENTO 07-21.pdf | ATIVIDADE 07-21.pdf

AGOSTO

CLASSIF ESTABELECIMENTO-, | INFRAESTRUTURA-AGOSTO.pdf | EQUIPAMENTO-AGOSTO.pdf | ATIVIDADE-AGOSTO.pdf

d) instalações físicas para assistência (ambulatório, centro cirúrgico e hospital);

MAIO

Informações Gerais 05.21.pdf | Leitos 05.21.pdf | Caracterização 05.21.pdf

JUNHO

INFORMAÇÕES GERAIS 06-21.pdf | LEITOS 06-21.pdf | CARACTERIZAÇÃO 06-21.pdf

JULHO

INFORMAÇÕES GERAIS 07-21.pdf | LEITOS 07-21.pdf | CARACTERIZAÇÃO 07-21.pdf

AGOSTO

INFORMAÇÕES GERAIS-AGOSTO.pdf | LEITOS-AGOSTO.pdf | CARACTERIZAÇÃO-AGOSTO.pdf

Ressaltamos que o site do CNES NÃO está liberado a impressão da ficha completa do CNES da unidade.

Fonte de evidência: Sítio do CNES.

Indicador: TOH = Nº de pacientes/dia, que equivale à soma dos dias de permanência das internações realizadas no quadrimestre/ (nº de leitos/dia no mesmo período) x 100.

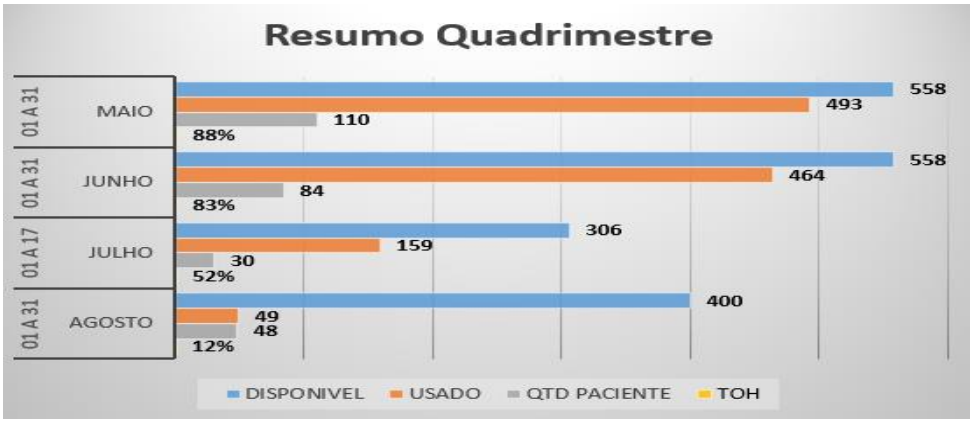
Dados referentes aos meses maio, junho, julho, agosto 2021

HOSPITAL REGIONAL DE CIRURGIAS DE DOURADOS/MS

TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR HRCGD

	01 A 31	01 A 31	01 A 17	01 A 31	
MESES	**MAIO**	**JUNHO**	**JULHO**	**AGOSTO**	**TOTAL**
DISPONIVEL	558	558	306	400	1822
USADO	493	464	159	49	1165
QTD PACIENTE	110	84	30	48	272
TOH	88%	83%	52%	12%	64%
PERMA MED	**4,48**	**5,52**	**5,30**	**1,02**	**1,02**

Foram utilizados 18 leitos no periodo de 01/05 até 17/07
As internações de Julho se encerraram no dia 17
Foram considerados 20 leitos por 20 dias uteis em agosto
Em agosto, devido a retomada do perfil cirúrgico ficou estabelido o cumpriento de 30% das metas



Fonte de evidência: Relatórios faturamento do HRCGD.

PRODUÇÃO INTERNAÇÃO CLÍNICA MAIO A AGOSTO DE 2021.

MAIO

ESPELHO AIH + SOLICITAÇÃO DE MUI

PROTOCOLO DE REMESSA.pdf

PLANILHA HRCGD 05.2021+covid.pdf

JUNHO

ESPELHOS.pdf

ESPELHOS.HRCGD.06.2021.pdf

Protocolo de remessa.pdf

JULHO

ESPELHOS.HRCGD.07.2021.pdf

ESPELHOS 07-21.pdf

PROTOCOLO 07-21.pdf

AGOSTO

ESPELHOS HRCGD CMPT 082021.pdf

ESPELHOS AIH CMPT 082021.pdf

PROTOCOLO AIH CMPT08.pdf

RELATÓRIO SERVIÇO SOCIAL_MAIO A AGOSTO

PESQUISA SATISFAÇÃO MAIO 20

PESQ. SATISF. 06.21.pdf

SATISFAÇÃO USUÁRIO 07-21.pdf

PESQUISA DE SATISFAÇÃO 08-21.p

Pesquisa de satisfação quadrime

RELATÓRIO ATENDIMENTOS A INDÍGENAS MÊS MAIO A AGOSTO 2021

1_-_Atendimentos_-_Pacientes_Indígenas.pd

ATENDIMENTO INDIGENA JUNHO 2(

ATENDIMENTO A INDÍGENA 07-21.pdf

INDIGENA AGOSTO 2021.pdf

Não houve atendimentos a indígenas nos meses de maio a julho, somente no mês de agosto 2021.

RELATÓRIO ATUALIZADO PATRIMÔNIO MAIO A AGOSTO 2021

RELATÓRIO DO PATRIMÔNIO MAIO D

RELAÇÃO PATRIMONIO 06-21.

RELAÇÃO PATRIMONIO 07-21.

RELAÇÃO PATRIMÔNIO 08-21.

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 nas especialidades de ginecologia e urologia, acompanhamento das vagas inseridas pelo CORE e consultas e demandas geradas.

JUSTIFICATIVA: Com a retorma das cirurgias em agosto, a prioridade foi avaliar a demanda da fila interna das especialidades ortopedia e cirurgia geral., portanto não ocorreu a disponibilização da agenda.

INDICADORES DE METAS DO EIXO DE GESTÃO

METAS DO EIXO DE GESTÃO

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: contrato de trabalho, curriculum.

(item já atendido no indicador nº 05)

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 comunicação diária a SES e a Comissão de avaliação do censo de ocupação dos leitos, conforme solicitações por resoluções, ofícios ou outro tipo de comunicação oficial;

Fonte de evidência:

a) Declaração da composição dos colaboradores do NIR assinada pelo Diretor Administrativo do Hospital, apresentação da escala de plantão e do Regimento Interno;
b) Apresentação dos Protocolos e relatório das atividades realizadas no mês;
c) Envio dos dados conforme prazos solicitados via e mail ou por plataforma eletrônica.

(item já atendido no indicador nº 06)

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/sobre

(item já atendido no indicador nº 07)

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

(item já atendido no indicador n. 08)

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 cirurgia segura, com apresentação mensal de indicador;

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

e) Implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de úlceras por

pressão, com apresentação mensal de indicador;

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

g) 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 do Protocolo bem como indicadores que atestem sua implantação.
c) Apresentação do Protocolo bem como indicadores que atestem sua implantação.
d) Apresentação do Protocolo bem como indicadores que atestem sua implantação.
e) Apresentação do Protocolo bem como indicadores que atestem sua implantação.
f) Apresentação do Protocolo bem como indicadores que atestem sua implantação.
g) 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.

(item já atendido no indicador nº 09)

INDICADOR nº 8 – 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, apresentação do Regimento Interno e das atas mensais de reunião com assinatura dos participantes;

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

(item já atendido no indicador nº 10)

INDICADOR nº 9 – 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 à 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.

(item já atendido no indicador n. 11)

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 MAIO A AGOSTO 2021

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.

MAIO

ATA DIA 15-05-2021 ACOMPANHAMENTO

ATA REUNIAO DIA 21-05-2021 DELIBERA

JUNHO

ATA REUNIAO ACOMPANHAMENT(

ATA REUNIÃO DIA 11-06-2021 ACOMPA

JULHO

COMISSÃO DE METAS 01-07.pdf

COMISSÃO DE METAS 30-07.pdf

AGOSTO

Ata aud.coord HRCGD 13.08.pdf

Ata 27.08 coord direção indicadores

4 CONCLUSÃO

No período de 01 maio/2020 a 31 agosto/2021 que determina o período do Terceiro Quadrimestre de 2021, dentre as 13 metas de Desempenho e Qualidade, verificou-se que no que se refere ao cumprimento das metas de produção no período de atendimento covid-19:

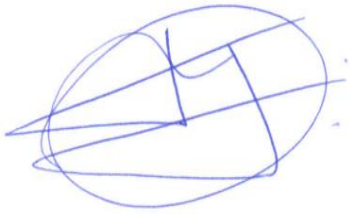
Atendemos ao **4º Termo Aditivo Perfil atendimentos Clínicos Covid-19 a partir de 16 de março de 2021** no qual se findou em 16 de julho/2021. O HRCGD no período de 17 a 31 de julho então retomada com as adequações técnicas ao perfil de atendimentos em média complexidade em clínica médica e cirúrgica para outras patologias clínicas que não sejam suspeitos/confirmados COVID-19, organizou a unidade considerando o período de mudança de Perfil na retomada da execução de procedimentos cirúrgicos eletivo a partir de 01 de agosto de 2021, com as providências nas definições de trabalho, estruturação de RH, implantação de novas diretrizes, foram iniciados e realizados 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.

Em agosto/2021 e considerando ainda a Resolução 58/SES/MS de 02/09/2020 e a retomada do Perfil Cirúrgico eletivo no HRCGD e a continuidade na execução da gestão contratualizada junto a SES/MS de assistência à saúde no HRCGD em conformidade com a recomendação da Resolução 63/SES/MS. Portanto foram realizados todos os atendimentos propostos no quadrimestre, conforme deliberação de critérios estabelecidos pela SES/MS, neste primeiro momento atendemos aos pacientes que estavam em nossa fila interna e iniciaremos também atendimento aos pacientes regulados através do sistema de regulação CORE, conforme demanda elegível, proporcionando a continuidade ao processo de trabalhocom Perfil de atendimentos Clínicos Não Covid-19 e Retomada do Perfil Cirúrgico Eletivo no período descrito, demonstrados nos Relatórios técnicos encaminhados a CECAA referente ao período de setembro, outubro, novembro e dezembro/2020.

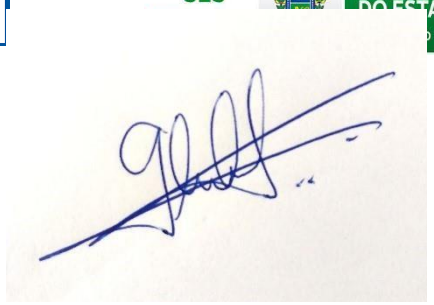
Considerando então, a LEI Nº 14.189, DE 28 DE JULHO DE 2021 que prorroga até 31 de dezembro de 2021 a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde de qualquer natureza no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a Resolução n° 13/SES/MS que determina a suspensãoda realização de cirurgias eletivas pela rede pública estadual e pela rede contratualizada, em virtude da pandemia por Doenças Infecciosas Virais – COVID-19, discorre em seu Art. 3° que “Durante o período de vigência desta Resolução, não serão consideradas as metas contratuais de cirurgias eletivas.”

Dourados/MS, 08 de outubro de 2021.



Alex Marques Cruz

Diretor Geral do HRCGD



Grazieli Landiosi Garcia

Coordenadora de Projetos