HOSPITAL REGIONAL
DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS

Relatório de Desempenho

MAIO - AGOSTO/2025

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 9

INDICADORES DO EIXO DE ASSITÊNCIA À SAÚDE 17

INDICADORES DE METAS DO EIXO DE GESTÃO 18

4 CONCLUSÃO 28

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: **Mariana Moniz Meirelles Reis** RG: 1X.XXX.XXX-6 - SSP/SPCPF: 1XX.XXX.XXX.-X8

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 Min. Roberto Cardoso Alves, nº 602, Alto da Boa Vista, CEP:04.737-000, São Paulo – SP

DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS:

Diretor Geral: **Alex Marques Cruz**

Formação Profissional: Administrador Hospitalar

RG: 3 X.XXX.XXX-9 – SSP/SP

CPF: 2 XX.XXX.XXX.-X1

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: 7XX6/MS

RG: 0XX.XXX.XX2-SP/MS

CPF: 0XX.XXX.XXX-X6
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: 6XX6/MS

RG: 1X.XXX.XX3 – SSP/MT

CPF: 0XX.XXX.XXX-X5

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: 2XXXX6

RG: 4XXXXX3 SSP/SC

CPF: 0XX.XXX.XXX.X5

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

Coordenador Administrativo: **Alexandre Aguilera de Melo Gasoto**

Formação Profissional: Cientista Social

RG: 0XX.XXX.XX3 - SSP/MS

CPF: 7XX.XXX.XXX-X0

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: 3XXX/MS

RG: 0XX.XXX.XX4- SSP/MS

CPF: 7XX.XXX.XXX-X0

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: suprimentos@dourados.institutomaissaude.org.br

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA ÁREA ADMINISTRATIVA,

CONTÁBIL E FINANCEIRA:

André Nascimento

Formação Profissional: Administração de Empresas

– MBA Executivo em Finanças

RG: 2X.XXX.XXX-3 – SSP/SP

CPF: 2XX.XXX.XXX-X0

Telefone: (11) 98632-0406

E-mail: andre.nascimento@ismsaude.org.br

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS:

Stefanie de Mattos Nogueira
Formação Profissional: Ciências Contábeis

RG: 5X.XXX.XXX-x5 – SSP/SP

CPF: 0XX.XXX.XXX-X5

Telefone: (11) 3842-1501

E-mail: stefanie.nogueira@ismsaude.org.br

CONTADOR:
Felipe josé da Silva Junior

Formação Profissional: Contador

CRC/SP: 2XXXXX/X-6

RG: 2XXXXXXX-4 – SSP/SP

CPF: 2XX.XXX.XXX-X1

Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços

Início da vigência: 01/06/2022

Telefone: (11) 3842-1501

E-mail: controladoria@ismsaude.org.br

ASSESSORIA JURIDICA:

Advogado: **Yuri Vasconcelos**

OAB/SP nº 3XX.XX6

CPF: 3XX.XXX.XXX-X9

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 9º TA estabeleceu ajuste das metas, bem como incremento de complexidade nos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos de média complexidade realizados na unidade conforme quadro abaixo:

CLÁUSULA QUARTA - CRITÉRIOS DE METAS DE PRODUÇÃO

4.1 Os critérios de metas e produção seguirão a mesma sistemática de pagamento já prevista em contrato de gestão nº 02/2020, sendo informados através de Relatório enviado pela Organização Social de Saúde e aferido pela Comissão de Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde, sendo os valores pagos os mesmos praticados no contrato vigente, conforme Planilha Orçamentária e descritos abaixo:

Especialidade	Quantidade	Procedimento	Mensal	Quadrimestral
Cirurgia Ginecológica	41	Histerectomia total	24	96
		Colpoperineoplastias	17	68
		tratamento cirúrgico de incontinência urinária por via vaginal		
		Exerese de glândula de Bartholin/Skene		
		Laqueadura Tubária		
		Curetagens Uterinas		
		Outras cirurgias ginecológicas		
Cirurgia geral	116	Colecistectomia	78	312
		Hernioplatia	38	152
Cirurgia Ortopédica	91	Reconstrução ligamentar intra-articular de joelho (LCA)	28	112
		Tratamento cirúrgico de rotura de menisco	24	96
		Reparo de rotura do manquito rotador	24	96
		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			**268**	**1072**

4.2 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	1400
Diagnóstico por colonoscopia	30	120
Diagnóstico por endoscopia	30	120
TOTAL	**1590**	**6360**

13º TA estabeleceu ajuste das metas ambulatorias, com a inserção da meta de tratamento esclerosante não estético no quantitativo de 200 procedimentos mês

DADOS DE INDICADORES DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Quadro 1- Descrição: Produção para atendimento ambulatorial de média complexidade no HRCGD.

Indicadores: Quantitativo da produção no período, meta de produção x 100% de alcance da meta na competência 01 de maio a 31 de agosto de 2025.

Consultas especializadas	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	TOTAL	META	ALCANCE
CARDIOLOGISTA	274	209	260	179	263	293	322	878	-	-
CIRURGIA GERAL	318	216	258	321	261	366	324	951	-	-
CIRURGIA VASCULAR	64	72	75	45	88	55	74	217	-	-
GINECOLOGIA	139	144	92	128	144	133	134	411	-	-
ORTOPEDIA	230	246	144	256	245	281	307	833	-	-
TRATAMENTO ESCLEROZANTE	200	200	200	200	208	202	206	616	800	77%
Total	1225	1087	1029	1129	1209	1330	1367	3906	1248	313%

Exames de Apoio Diagnóstico	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	TOTAL	META	ALCANCE
Diagnóstico por laboratório Clínico	3930	2574	3032	2628	2932	3911	2299	21306	4000	533%
Diagnóstico por endoscopia	19	21	13	14	10	14	15	106	120	88%
Diagnóstico por colonoscopia	14	20	11	13	10	12	7	87	120	73%
Diagnóstico por radiologia	283	204	254	221	252	354	216	1784	400	446%
Diagnóstico por Ultrassonografia	35	51	45	75	48	41	54	349	320	109%
Total	4281	2870	3355	2951	3252	4332	2591	23632	8680	272%

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas

No mês de maio foram realizados 4461 procedimentos ambulatoriais, sendo 1001 consultas médicas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, 208 tratamento esclerosante e 3252 apoio diagnósticos.

No mês de junho foram realizados 5662 procedimentos ambulatoriais, sendo 1128 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, 202 procedimentos de tratamento esclerosante, e 4332 apoio diagnósticos.

No mês de julho foram realizados 3958 procedimentos ambulatoriais, sendo 1161 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia, risco cirúrgico, 206 procedimentos de tratamento esclerosante e 2591 apoio diagnósticos.

Informamos que o mês de agosto não consta produção porque o contrato 02/2020 foi encerrado dia 02/08 não ocorrendo produção nesse mês.

Os exames e consultas foram ofertados para os pacientes regulados via CORE e fila interna do HRCGD para viabilizar os procedimentos cirúrgicos.

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

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

		MAIO DEMANDA EXTERNA: PRIMEIRA CONSULTA VIA REGULACAO				DEMANDA INTERNA : RETORNO E IRTERCONSULTAS					
	META	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEISMO	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEISMO
Cardiologia		-	-		-	-	271	0	271	263	8
Cirurgia Geral		170	3	167	117	47	164	0	164	144	20
Ginecologia		102	5	97	70	27	82	0	82	74	8
Vascular		52	0	52	41	11	50	0	50	47	3
Ortopedia		136	20	116	94	22	165	0	165	151	14
TOTAL	350	460	28	432	322	107	732	0	732	679	53
Percentual		131%	6%	94%	75%	25%	209%	0%	100%	93%	7%
Colonoscopia	30	20	1	19	10	6	-	-	-	-	-
Endoscopia	30	20	0	20	10	5	-	-	-	-	-
USG		-	-	-	-	-	55	0	55	48	7
TOTAL	**60**	40	1	39	20	11	55	0	55	48	7
Percentual		100%	35%	65%	51%	28%	92%	0%	100%	87%	13%

		JUNHO DEMANDA EXTERNA: PRIMEIRA CONSULTA VIA REGULACAO				DEMANDA INTERNA : RETORNO E IRTERCONSULTAS					
	META CONTRATUAL	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEISMO	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEISMO
Cardiologia		-	-	-	-	-	308	3	305	293	12
Cirurgia Geral		305	18	287	226	61	152	1	151	140	11
Ginecologia		97	6	91	70	21	77	6	71	63	8
Vascular		42	0	42	36	6	28	8	20	19	1
Ortopedia		174	23	151	130	21	177	13	164	151	13
TOTAL	350	618	47	571	462	109	742	31	711	666	45
Percentual		177%	8%	92%	81%	19%	212%	4%	96%	94%	6%
Colonoscopia	30	20	2	18	12	6	-	-	-	-	-
Endoscopia	30	20	0	20	14	6	-	-	-	-	-
USG		-	-	-	-	-	41	0	41	41	0
TOTAL	**60**	40	2	38	26	12	41	0	41	41	0
Percentual		67%	5%	95%	68%	32%	68%	0%	100%	100%	0%

JULHO	DEMANDA EXTERNA: PRIMEIRA CONSULTA VIA REGULACAO					DEMANDA INTERNA : RETORNO E IRTERCONSULTAS					
	META CONTRATUAL	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEISMO	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEISMO
Cardiologia		-	-	-	-	#VALOR!	343	7	336	322	14
Cirurgia Geral		201	20	181	150	31	199	25	174	174	0
Ginecologia		87	1	86	69	17	75	1	74	65	9
Vascular		38	0	38	32	6	43	0	43	42	1
Ortopedia		194	56	138	120	18	195	0	195	187	8
TOTAL	350	520	77	443	371	72	855	33	822	790	32
Percentual		149%	15%	85%	84%	16%	244%	4%	96%	96%	4%
Colonoscopia		20	1	19	07	12	-	-	-	-	-
Endoscopia		20	2	18	15	3	-	-	-	-	-
USG		-	-	-	-	-	56	0	56	54	2
TOTAL	60	40	3	37	15	15	56	0	56	54	2
Percentual		67%	8%	93%	41%	41%	93%	0%	100%	96%	4%

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas

Informamos que o mês de agosto não consta produção porque o contrato 02/2020 foi encerrado dia 02/08 não ocorrendo produção nesse mês.

O critério de perda primária nos evidencia o quantitativo de pacientes que deixaram de ser atendidos na unidade na primeira consulta, ou seja, disponibilizamos agenda para o complexo regulador e as mesmas não foram agendadas.

Já quanto ao absenteísmo no quadrimestre é o quantitativo de pacientes que foram agendados e não compareceram a consulta.

Ao analisarmos o quantitativo de pacientes agendados pela central estadual de regulação para primeira consulta que não compareceram identificamos 326 pacientes, e isso nos leva a concluir que 326 pessoas deixaram de ser atendidas e continuam na fila sem atendimento. Para mitigar tais percas, a direção do hospital mantém diálogo constante com superintendência de gestão hospitalar, central de regulação estadual e com municípios buscando ações conjuntas para diminuir a perda primária e o absenteísmo, uma das ações que tem mostrado resultado é a participação ativa do hospital na CIR-Dourados comissão intergestora regional, onde mensalmente discutimos os números e apontamos soluções para mitigar tais perdas.

Quadro nº 04 – Descrição: Internação hospitalar cirúrgica de média complexidade no HRCGD .

INTERNAÇÕES	MAI	JUN	JUL	TOTAL
CIRURGIA GERAL	118	98	93	309
CIRURGIA VASCULAR	19	11	11	41
GINECOLOGIA	70	51	34	155
ORTOPEDIA	77	86	51	214
Total Geral	**284**	**246**	**189**	**719**

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas

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

Quadro nº 05. Meta de produção **faturada/aprovada** para internação hospitalar de média complexidade em clínica cirurgica, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de maio a 30 de AGOSTO de 2025.

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS RESUMIDO

Quantidade de AIH	Mai	Jun	Jul	Total
AIH apresentadas (100%)	239	319	205	763
AIH aprovadas	238	316	203	757
AIH rejeitadas:	1	3	2	6
% de glosas	0,42%	0,94%	0,98%	0,79%

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH.

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH, DATASUS.

No período de maio a agosto de 2025 faturamos o quantitativo de 757 AIH o que corresponde a 94 % da meta contratual para o período de maio a AGOSTO.

Salientamos que as metas desse quadrimestre são proporcioanis ao período de três meses, período de maio a julho, pois no dia 02 de agosto de 2025 ocorreu a desmobilização da unidade.

Importante destacar que o Hospital Regional de cirurgias da grande Dourados se mantém como uma unidade que tem alcançados as metas contratuais, entregando assim a população sul mato-grossense atendimento de qualidade a sua população

Informamos que o mês de agosto não consta produção porque o contrato 02/2020 foi encerrado dia 02/08 não ocorrendo produção nesse mês.

Quadro nº 06. Quantitativo de cirurgias agendadas/executadas, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de MAIO a 30 de AGOSTO de 2025.

Cirurgias	MAI	JUN	JUL	Total do quadrimestre
AGENDADO	284	249	193	**726**
REALIZADO	274	241	181	**696**
ABSENTEÍSMO		3	4	**7**
CANCELADAS	10	5	8	**23**

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas.

No quadro acima temos o quantitativo de 726 cirurgias agendadas no período;

Porém o absenteísmo e os cancelamentos totalizam 30 procedimentos cirúrgicos o que impacta significativamente a execução das cirurgias.

Para mitigar tais percas, a equipe hospitalar tem atuado de forma proativa junto aos pacientes e as equipes de regulação municipal, mantendo diálogo constante com a equipe de gestão local, central de regulação e municípios buscando ações conjuntas para diminuir a perca primária e o absenteísmo.

Quadro nº 07. Produção ambulatorial de média complexidade faturada, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de maio a 31 de AGOSTO de 2025.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS FATURADOS				
Procedimentos	MAIO	JUNHO	JULHO	TOTAL
Diagn por radiologia	177	310	151	638
Diag por ultra-sonografia	42	68	38	148
Diagn por endoscopia	0	20	15	35
Diag por colonoscopia	0	22	7	29
Diagn por laboratório clínico (0202)	2614	3899	2039	8552
Eletrocardiograma - ECG (021102)	258	295	186	739
Consulta especializada	938	1103	749	2790
Tratamento Varizes (espuma)	206	201	205	612
Total	4235	5918	3390	13543

Fonte: DATASUS, SISAIH.

Quadro nº 08. Relação de **glosas** hospitalar de média complexidade em clínica cirúrgica, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de maio a 31 de AGOSTO de 2025.

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS RESUMIDO				
Quantidade de AIH	Mai	Jun	Jul	Total
AIH apresentadas (100%)	239	319	205	763
AIH aprovadas	238	316	203	757
AIH rejeitadas:	1	3	2	6
% de glosas	0,42%	0,94%	0,98%	0,79%

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH

No faturamento do segundo quadrimestre, maio a AGOSTO de 2025 houve glosa de 06 AIHs apenas 0,79% de glosa no quadrimestre. Obtivemos 757 AIHs aprovadas, ou seja 94% da meta, sendo que nossa meta mínima de contrato é o atingimento de 90% das metas para que não ocorra glosa financeira (conforme

contrato de gestão 002/2020 GCONT 13538- Anexo II item1- Critérios e metas de produção).

Informamos que o mês de agosto não consta produção porque o contrato 02/2020 foi encerrado dia 02/08 não ocorrendo produção nesse mês.

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

c) equipe médica contratada para realização dos atendimentos supracitados, em conformidade com a agenda registrada no Sistema Informatizado de Regulação;

d) 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 cirurgica CORE-GINECO Maio-

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, envio de ofícios com os materiais adiquiridos, bem como alimentação do Portal da Transparência

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

Planilha com detalhamento da manutenção de equipamentos

Controle de chamados - engenhar

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.*

Andre_Nascimento_diretor finaceiro admin

Édina Marques Barboza Curriculo.p

Contrato de trabalho Edina Marc

Certidão de Diretor Clínico - Dr Rubson.p

Contrato nº 085-02-2020_Cassio

Portaria de Nomeação nº 08-202

Contrato Marques-Mais Saúd

Portaria de Nomeação nº 03-202

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

Alex Marques Cruz: Teólogo, Tecnólogo em gestão pública, Gestor em Saúde Pública, Especialista em administração 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**.

André do Nascimento: Administrador, MBA executivo em finanças, professor, experiência em gestão financeira no setor de saúde, planejamento estratégico e reestruturação de custos, 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 MAIO A AGOSTO

Documentos do NIR

Regimento Interno Nir.pdf

Monitoramento ambulatorial e cirúrgico quadrimestral

Ata reunioa NIR - 11.06.2025.pdf

Ata Reunião NIR - 24.07.2025- Reunião

Ata reuniao Nir - 05.05.2025.pdf

Ata Reunião NIR - 07.05.2025.pdf

Ata reunioa NIR - 11.07.2025.pdf

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

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

Ata de Reunião Câmara Técnica de atenção hospitalar

Não houve reunião de Câmata Técnica nesse período

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, atualização 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.

Ata Nomeação CCIRAS - 2024.pdf

Programa de Gerenciamento de AT

PCIRAS Versão 03 - 2025 Validado.pdf

Regimento Interno CCIRAS Versão 03.pd

Protocolo Antibioticoterapia em

Protocolo Antibioticoprofilaxia.p

Ata Reunião Ordinária CCIRAS Jun

Ata Reunião Ordinária CCIRAS Jul

Ata Reuniao Ordinaria CCIRAS Mai

RELATORIO CCIRAS 05.2025.pdf

RELATORIO CCIRAS 06.2025.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 de Cirurgia Segura, com apresentação mensal do 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 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.

Regimento-Interno-Nucleo-de-Seguranca-c

Ata de Nomeação NQSP - Agosto 2024.

Programa de Segurança do Pacient

MAIO

Ata Reuniao Ordinaria NQSP 05.20

RELATORIO NQSP 01.2025.pdf

JUNHO

RELATORIO NQSP 02.2025 .pdf

Boletim Indicadores SCIH 06. 2025 pdf.pdf

JULHO

Ata extraordinária 07.2025.pdf

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 Geral do Hospital

b) apresentação do Regimento Interno

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

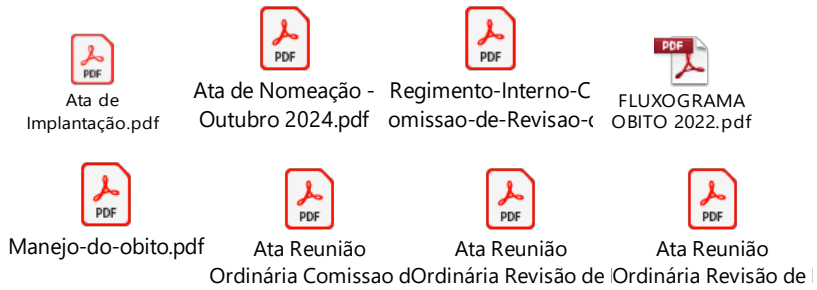
a) Apresentação dos Indicadores de mortalidade institucional bem como análise e recomendações da Comissão a Direção Hospitalar.

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 NEP, 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.

PAT - 2025.pdf

TREINAMENTO MAIO: PROTOCOLO CLINICO TEV TEP

Protocolo Clinico TEV TEP.pdf

media-de-colaboradores-que-participaram-ores-indicador-9 maic

relacao-de-colaborad

TREINAMENTO JUNHO: HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

relacao-de-colaborad ores-indicador-9 junh

Media colaboradores - Junho.pdf

Humanização Hospitalar 16.06.25.pc

TREINAMENTO JULHO: TREINAMENTO DIVULGAÇÃO SELO BRASIL

Treinamento Divulgação do selo B

relacao-de-colaborad rores-indicador-9 julh

Media de colaboradores indicac

ANÁLISE QUADRIMESTRAL

Relatorio 2° quadrimestre.pdf

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

Fonte: registro de **reunião quadrimestral** entre a Direção geral (alta gestão) e colaboradores estratégicos (Responsáveis Técnicos e líderes) para apresentação do Relatório de Visita Técnica, elaborado pela Auditoria Estadual, bem como paradefinição 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 estratégicos na unidade hospitalar só são possíveis ocorrerem em datas *posteriores ao recebimento do Relatório enviado pela CECAA.*

ATAS DAS REUNIÕES DE GESTÃO PARTICIPATIVA MAIO A AGOSTO 2025

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.

REUNIÕES QUADRIMESTRE

Ata Reunião Gestão 25.06.2025.pdf

Ata Reunião Gestão 07.05.2025.pdf

Ata Reuniao Gestao e Qualidade 11.06.2025

<u>DADOS COMPLEMENTARES REFERENTE AO FATURAMENTO REALIZADO NA UNIDADE:</u>

Ações realizadas: Atualização mensal no CNES.

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

MAIO **JUNHO**

CNES MAIO.pdf

CNES JUNHO.pdf

JULHO

CNES JULHO.pdf

Fonte de evidência: Sítio do CNES.

PRODUÇÃO INTERNAÇÃO CIRURGICA MAIO A AGOSTO DE 2025.

MAIO

239 LAUDOS COMP 052025.pdf

JUNHO

319 LAUDOS COMP 062025.pdf

JULHO

205 LAUDOS-CMPT 07 DOURADOS.pdf

RELATÓRIO SERVIÇO SOCIAL/SAU – MAIO-AGOSTO

Relatório SAU Ouvidoria Maio 2025.

Relatorio SAU Ouvidoria Junho.pdf

Relatorio_ouvidoria_ HRCGD-_julho_SAU_a

RELATÓRIO PATRIMÔNIO BENS ADQUIRIDOS MAIO A AGOSTO 2025.

111-Ofício relação de bens móveis adquirid

CONCLUSÃO

No período de 01 de maio a 31 de agosto de 2025 que determina o período do segundo quadrimestre de 2025, 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 contrato de gestão 002/2020 com um percentual de a produção ambulatorial de 227%, já na produção cirúrgica aprovada atingimos 94%, atingindo assim a meta contratual mínima de 90% como explanado acima.

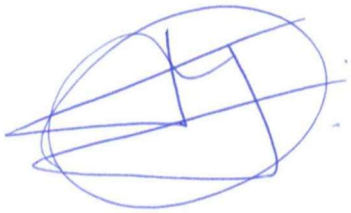
No período que compreende o primeiro quadrimestre de 2025 atendemos o 14 termo aditivo

Nesse quadrimestre tomamos providências o cumprimento das metas contratuais, implantação de novas diretrizes, continuidade na 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, lembramosainda que o acompanhamento em loco ocorre através dos técnicos do Núcleo Regional.

Nesse quadrimestre também atuamos de forma a finalizar o Contrato de Gestão 02/2020 entre SES/MS e OSS - Instituto Social Mais Saúde o qual teve seu encerramento dia 02/08/2025. Nesse período de cinco anos de contrato o Instituto Mais Saúde atendeu os requisitos contratuais atingindo as metas estabelecidas, atuando em parceria com o Estado do Mato Grosso do Sul proporcionando saúde a população sulmatogrossense.

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

Dourados/MS, 23 de outubro de 2025.



Alex Marques Cruz
Diretor Geral HRCGD