

## **RELATÓRIO INFORMATIVO**

**nº 3.747/2022**

**Análise de Documentos de Controle e Avaliação**

**Contrato de Gestão nº 01/2020**

**Análise da Organização Social frente ao cumprimento das metas assistenciais de  
produção, desempenho e qualidade.**

**(Competência setembro a dezembro de 2021)**

**Órgão: Hospital Regional Dr. José De Simone Netto  
Instituto ACQUA - Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental  
Município: Ponta Porã- MS**

**Campo Grande - MS**

**Março/2022**

## 1 IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL E ÓRGÃO GESTOR

2

### 1.1 Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

CNES: 2651610.

CNPJ: 03.254.082-0009-46

Endereço: Rua Baltazar Saldanha, nº 1501, Centro, Ponta Porã/MS

CEP: 79.904-588

Telefone: (67) 3926.6779.

### 1.2 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETÁRIO DE ESTADO: Geraldo Resende Pereira

CNPJ: 02.955.271/0001-26 SES

CNPJ: 03.517.102/0001-77 FESA

Condição de Gestão: Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde

Endereço: Avenida do Poeta, s/nº, Bloco VII – Parque dos Poderes, Campo Grande/MS

CEP: 79.031-902

Ato de Nomeação: Decreto P nº 7/2019

Início do Exercício: 01 de janeiro de 2019

### 1.3 INSTITUTO ACQUA

PRESIDENTE: Samir Rezende Siviero.

CNPJ: 03.254.082/0001-99

Endereço Comercial: Av. Lino Jardim, 905 – Vila Bastos

CEP: 09041-031 Santo André/SP

Telefone: (11) 4823.1800 / (11) 4825.2008.

Ato de Nomeação: Ata da Assembleia Geral Ordinária de 27/02/19.

## 2. DIREÇÃO DA UNIDADE E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

### 2.1 DIRETOR GERAL

Nome: Demétrius do Lago Pareja

Ato de Nomeação: Contrato nº 15/2019 de 08/05/19

Início da vigência: 29/03/2019

Telefone: (67) 99971-7922

E-mail: demetrius.pareja@institutoacqua.org.br

### 2.2 RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO

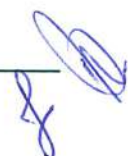
Nome: Antônio Sérgio Cristofolo Martinussi

CRM/MS: 8884/MS

Ato de Nomeação: Contrato nº 15/2019 de 08/05/19

Início da vigência: 29/03/2019

E-mail: antonio.martinussi@institutoacqua.org.br



### **2.3 DIRETOR CLÍNICO**

**NOME:** Félix Francisco Gonzalez de Barros  
**Ato de Nomeação:** Ata de Eleição de 17/08/19.  
**Início da vigência:** 29/03/2019  
**E-mail:** felixbarros@hotmail.com

3

### **2.4 DIRETORA ADMINISTRATIVA**

**Nome:** Letícia Carneiro Silva.  
**Ato de Nomeação:** Contrato nº 42/2019 de 01/08/19.  
**Início da vigência:** 29/03/2019  
**E-mail:** leticia.carneiro@institutoacqua.org.br

### **2.5 RESPONSÁVEL TÉCNICA DA ENFERMAGEM**

**Nome** Edna Cândido  
**COREN:** 245455/MS  
**Ato de Nomeação:** Contrato de Trabalho - CLT de 01/04/19  
**Início da vigência:** 29/03/2019  
**E-mail:** gerenciaenfermagem.hrdjsn@institutoacqua.org.br





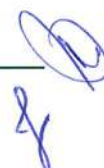
## LISTA DE SIGLAS

4

ACQUA	Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BI	Business Intelligence
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CG	Contrato de Gestão
CMR	Clínica Médica Respiratória
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CORE	Complexo Regulador Estadual
CPRE	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DOE	Diário Oficial do Estado
ECA	Equipe de Controle e Acompanhamento
GCCG	Gerência de Controle de Contratos de Gestão
HRDJSN	Hospital Regional Dr. José De Simone Netto
MS	Mato Grosso do Sul
OSS	Organização Social de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIHD2/SUS	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo Aditivo

---

*NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.*





## SUMÁRIO

5

<b>1. DESIGNAÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. EQUIPE.....</b>	<b>6</b>
<b>3. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>8</b>
<b>5. DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>9</b>
<b>A. Produção Ambulatorial.....</b>	<b>9</b>
<b>B Considerações relacionadas à avaliação da produção ambulatorial.....</b>	<b>12</b>
<b>C Produção Hospitalar.....</b>	<b>13</b>
<b>D Considerações relacionadas à avaliação da produção hospitalar.....</b>	<b>16</b>
<b>E Metas de Desempenho e Qualidade.....</b>	<b>17</b>
<b>F Considerações relacionadas à avaliação dos indicadores de desempenho e     qualidade.....</b>	<b>23</b>
<b>6. RESULTADO DA AVALIAÇÃO.....</b>	<b>23</b>

---

*NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.*



1. **DESIGNAÇÃO:** Comunicação Interna CECAA/SES nº 112 de 17 de fevereiro de 2022.

6

2. **EQUIPE:** Janaina Trevizan Andreotti Dantas (matrícula nº 37774022) e Renata Cardoso Pereira (matrícula 90133021).

### 3. **INTRODUÇÃO**

O presente Relatório trata da análise e avaliação do alcance das metas assistenciais, que compreendem as metas de produção, desempenho e qualidade, desempenhadas pelo Hospital Regional Dr. José De Simone Netto (HRDJSN), gerenciada pela Organização Social de Saúde (OSS) Instituto Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental (ACQUA), para subsidiar a Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão nº 01/2020, referente às competências de **setembro a dezembro de 2021 (3º quadrimestre de 2021)**.

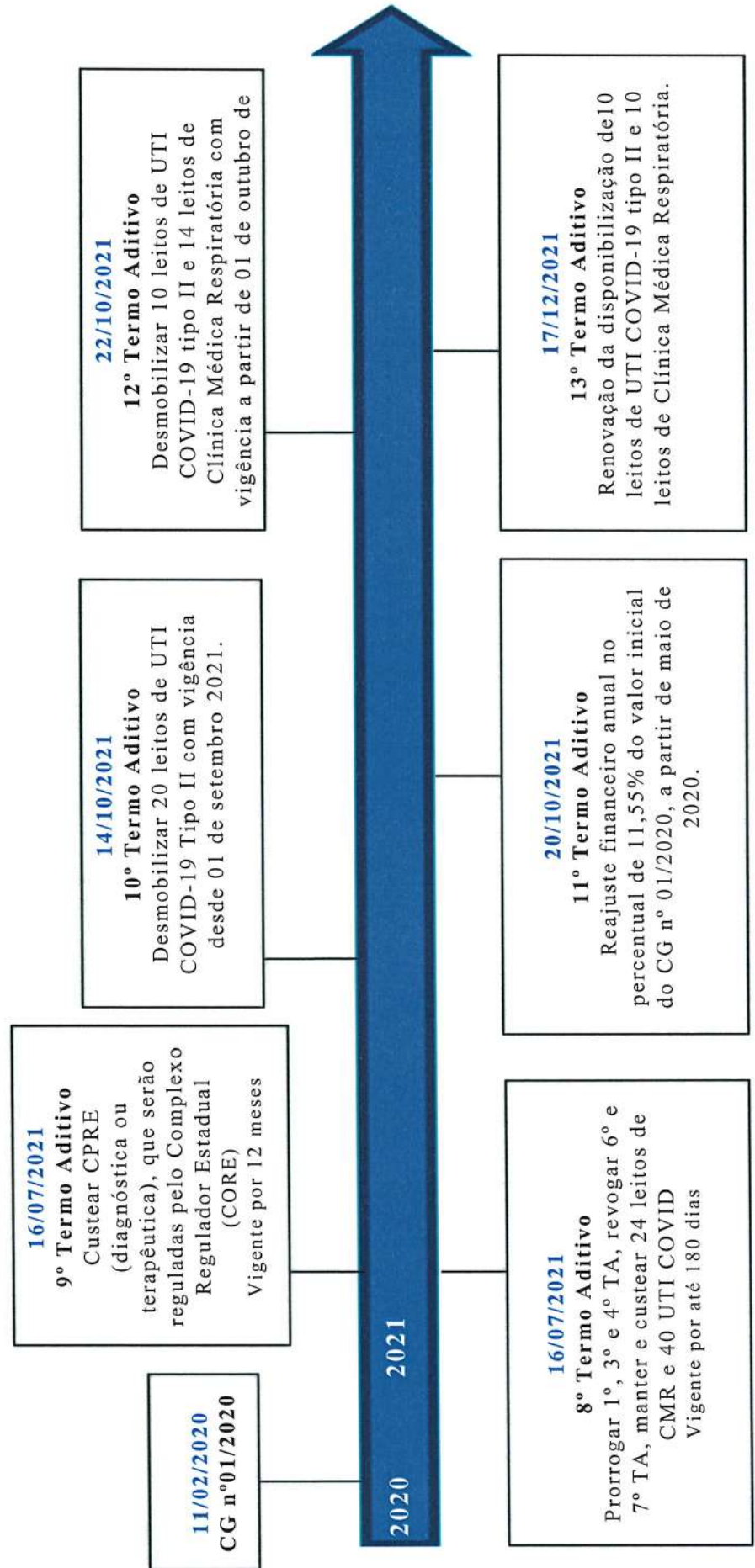
O Contrato supracitado tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no HRDJSN e foi assinado com a SES/MS no dia 11 de fevereiro de 2020.

Para melhor compreensão, a Figura 1 abaixo descreve numa linha do tempo as principais alterações relativas à execução do CG nº 01/2020 no período avaliado.





**Figura 1- Linha do tempo**



NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

#### 4. MÉTODO

Para elaboração deste relatório foram analisados os seguintes documentos:

- A. Contrato de Gestão nº 01/2020 e Termos aditivos;
- B. Decreto nº 15.735, de 15 de julho de 2021, que em seu artigo 1º revoga o art. 4º e seu parágrafo único do Decreto nº 15.644 de 31 de março de 2021, informando a viabilidade do retorno das cirurgias eletivas pelos Hospitais da Rede Pública Estadual e da Rede Contratualizada, no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul;
- C. Lei Federal nº 14.189 de 28 de julho de 2021, que altera a Lei nº 13.992 de 22 de abril de 2020, para prorrogar até 31 de dezembro de 2021 a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviços de saúde de qualquer natureza no âmbito do SUS;
- D. Relatórios Informativos da Equipe de Controle e Acompanhamento: nº 3.717/2022 (Competência setembro/21), Relatórios nº 3.718/2022 (Competência outubro/21), Relatório nº 3.729/22 (Competência novembro/21) e Relatório nº 3.743/22 (Competência dezembro /21);
- E. Relatórios mensais de Prestação de Contas da Organização Social de Saúde (OSS) (competências de setembro, outubro, novembro e dezembro) e o Relatório do 3º Quadrimestre de 2021 de Prestação de Contas da OSS;

Ressalta-se que as internações por COVID-19 (quais sejam por UTI Tipo II SRAG/COVID-19 ou em leitos de internação em clínica médica) não serão considerados para efeitos de cumprimento de metas, pois possuem financiamento específico independente da sua ocupação.

Divergências entre os indicadores de produção assistencial apresentados neste relatório e os apresentados nos Relatórios de Prestação de Contas elaborados pelo HRDJSN se devem a metodologia de coleta de dados, o Hospital apresenta dados de procedimentos realizados e o Setor de Monitoramento e Avaliação Assistencial realiza a avaliação a partir de dados da produção APROVADA nos Sistemas de Informações Oficiais do SUS, conforme estabelecido no CG nº 01/2020 e Termos Aditivos correspondentes.



## 5. DESENVOLVIMENTO

### A. Produção Ambulatorial

**Tabela 1.** Produção ambulatorial APROVADA por tipo de atendimento, metas estabelecidas e cumprimento percentual, referente ao CG nº 01/2020 e 8º Termo Aditivo.

TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL					META QUADR		CUMPRIMENTO %
	3.600	3.842	3.544	3.636	4.557	14.400	15.579	
Diagnóstico por laboratório clínico	200	157	116	132	135	800	540	67,50%
Diagnóstico por endoscopia e colonoscopia	1.000	1.173	757	1.002	1.448	4000	4.380	109,50%
Diagnóstico por radiologia	N/A	139	157	165	139	N/A	600	N/A
Diagnóstico por tomografia - Urgência <sup>1</sup>	240	80	50	54	65	960	249	25,94%
Diagnóstico por ultrassonografia - Total	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Diagnóstico por ultrassonografia - doppler (vascular)	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Diagnóstico por ultrassonografia - vias urinárias e próstata	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Diagnóstico por ultrassonografia - Abdomen e ginecológico	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Método diagnóstico em Especialidades (ECG)	200	238	153	191	179	800	761	95,13%
Consultas/atendimentos às urgências em geral	3.600	2.182	1.760	810	3.536	14.400	8.288	57,56%
Atendimento de urgência com observação até 24 hs	600	757	1.276	0	188	2.400	2.221	92,54%
Consulta em cirurgia geral	0	33	14	44	31	0	122	N/A
Consulta em cirurgia ginecológica	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Consulta em cirurgia urológica	0	0	6	18	9	0	33	N/A
Consulta em cirurgia vascular	0	34	29	18	1	0	82	N/A
Consulta em cirurgia ortopédica	0	163	92	118	66	0	439	N/A
Consulta par avaliação de risco cirúrgico	0	2	2	7	2	0	13	N/A
<b>TOTAL</b>	<b>9.440</b>	<b>8.800</b>	<b>7.956</b>	<b>6195</b>	<b>10.356</b>	<b>37.760</b>	<b>32.018<sup>2</sup></b>	<b>84,79%</b>

Fonte: Relatórios Informativos da Equipe de Controle e Acompanhamento e dados extraídos do SIA/SUS em 03/03/2022;

N/A = Não se Aplica;

<sup>1</sup> O tomógrafo do HRDJSN não está em funcionamento desde 07/01/2021;

<sup>2</sup> Para avaliação do cumprimento percentual da meta não foram incluídas as produções ambulatoriais cuja meta = Zero.

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

**Tabela 2.** Produção ambulatorial GLOSADA vinculada às metas do CG nº 01/2020 e termos aditivos, por mês de processamento, 3º quadrimestre de 2021.

Tipo de atendimento	Profissional não cadastrado no CNES	Sem CNS do Paciente	Lançado a maior no BPA	Sem informação completa do procedimento	Cobrança em duplicidade	Data limite ultrapassada	Divergências entre BPA		sem nº		Total
							impresso e digital	incompatível	mínimo de incidências radiográficas	Demais motivos	
Diagnóstico por laboratório clínico	0	1292	240	0	0	0	0	0	0	9	1541
Diagnóstico por radiologia	0	647	45	0	0	0	0	1	379	405	1477
Diagnóstico por ultrassonografia	0	7	1	0	0	0	0	0	0	1	9
Diagnóstico por endoscopia e colonoscopia	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Eletrocardiograma	0	68	53	0	0	0	0	0	0	1	122
Consulta /atendimento em urgência em geral	27	835	114	264	11	0	0	0	0	0	1251
Consulta /atendimento em urgência com obs até 24 h	0	0	0	171	0	58	3068	25	0	0	3322
<b>Total procedimentos vinculados as metas</b>	<b>27</b>	<b>2858</b>	<b>453</b>	<b>435</b>	<b>11</b>	<b>58</b>	<b>3068</b>	<b>26</b>	<b>379</b>	<b>416</b>	<b>7731</b>
Procedimentos não vinculados às metas	1634	1331	28	754	56	0	0	11	0	198	4012
<b>Total</b>	<b>1661</b>	<b>4189</b>	<b>481</b>	<b>1189</b>	<b>67</b>	<b>58</b>	<b>3068</b>	<b>37</b>	<b>379</b>	<b>614</b>	<b>11743</b>

Fonte: Relatórios Informativos da Equipe de Controle e Acompanhamento.



NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.



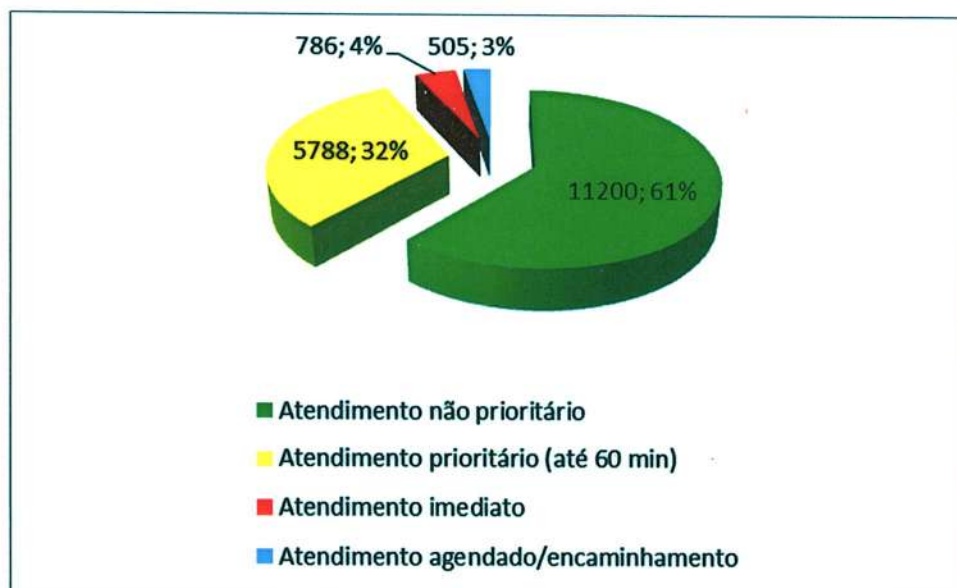
**Tabela 3.** Produção ambulatorial APROVADA não vinculada às metas do CG nº 01/2020 e 8º Termo Aditivo, por mês de processamento, 3º quadrimestre de 2021.

Procedimentos realizados	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Total
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	10	11	0	0	21
TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	77	38	30	41	186
POTENCIAL EVOCADO VISUAL/ OCCIPITO	0	1	0	0	1
AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	0	57	72	82	211
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	91	72	0	78	241
EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I	12	7	8	6	33
EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II	12	7	7	6	32
GLUCEMIA CAPILAR	49	5	0	0	54
TESTE RÁPIDO PARA DENGUE IGG/IGM	1	1	2	3	7
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	13	8	0	0	21
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	924	522	386	321	2153
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	0	0	3	0	3
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	232	147	207	109	695
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	2953	2743	3165	4009	12870
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	1337	1171	227	1808	4543
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	131	0	0	0	131
CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	2	1	2	0	5
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	12	9	23	14	58
ENEMA	1	0	0	0	1
INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	1	1	0	0	2
LAVAGEM GASTRICA	1	4	0	1	6
OXIGENOTERAPIA POR DIA	1	0	3	0	4
RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS (POR PACIENTE)	2	18	19	5	44
SONDAGEM GÁSTRICA	6	6	12	7	31
CURATIVO SIMPLES	5	13	9	5	32
REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	0	0	0	3	3
REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	0	0	2	3	5
REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM LESÃO DA COLUNA VERTEBRAL	0	0	5	0	5
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	1	2	13	2	18
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	0	29	22	20	71
SANGRIA TERAPEUTICA	5	3	4	3	15
TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	9	7	8	6	30
CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	1	0	0	0	1
EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	37	17	55	77	186
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	0	1	0	2	3
RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	1	1	0	1	3
EXTRACAO DE CORPO ESTRANHO DA VAGINA	0	0	1	0	1
ANESTESIA REGIONAL	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>5927</b>	<b>4902</b>	<b>4285</b>	<b>6613</b>	<b>21727</b>

Fonte: Dados extraídos do SIA/SUS em 04/03/2021;



**Gráfico 1.** Quantidade e percentual de consultas e atendimentos às urgências e emergências segundo as categorias de classificação de risco realizadas no HRDJSN, setembro a dezembro de 2021.



**Fonte:** Painel de Indicadores do Sistema PR – Bloco A, dados extraídos em 08/03/2021;

Segundo o Painel de Indicadores do Sistema PR, as 5 categorias de CID-10 mais atendidas na urgência/emergência do HRDJSN, no 3º quadrimestre de 2021 são: diarreia e gastroenterites, influenza, dor pélvica, exame médico geral e dor localizada no abdômen superior.

## **B. Considerações relacionadas à produção ambulatorial**

1. O HRDJSN alcançou 84,79% em relação à meta de produção ambulatorial estabelecida para o 3º quadrimestre de 2021, sendo o mínimo exigido estabelecido em igual ou maior a 90%, portanto **meta alcançada proporcional**;
2. O não cumprimento da meta pode estar relacionado principalmente à: diminuição da realização de consultas/atendimentos de urgência, a insuficiente realização dos exames de apoio diagnóstico (endoscopia, colonoscopia e ultrassonografia) e principalmente as glosas;
3. Foram glosados 7.731 procedimentos ambulatoriais vinculados à meta, o quantitativo representa 19,44% da produção apresentada no quadrimestre. Os principais motivos de glosa são: 39,7% divergências entre o BPA impresso e o digital, 37% sem o CNS do

- paciente, 5,8% lançado produção a maior no BPA, 5,6% por não conter informações completas sobre o procedimento, dentre outros;
4. O gráfico 1 apresenta que 64% do atendimento realizado no Pronto Atendimento do HRDJSN é classificado na cor verde e azul, o que infere que estes atendimentos são de menor risco, ou seja, poderiam ser realizados na rede de atenção básica do município de residência do paciente;
  5. O aparelho de Tomografia da Unidade Hospitalar não está em funcionamento desde 07/01/2021, neste sentido até a resolução da situação (conserto/aluguel/aquisição de novo equipamento) o HRDJSN firmou contrato com outro serviço (CASSEMS) para a realização dos exames. Para efeitos de avaliação do cumprimento de meta ambulatorial não foram incluídas as metas/produção do referido exame;
  6. O HRDJSN realizou 122 consultas na especialidade cirurgia geral, 439 na especialidade ortopedia, 82 na especialidade de cirurgia vascular e 11 consultas para avaliação de Risco Cirúrgico, totalizando em 654 consultas que não foram consideradas no quantitativo de metas devido a manutenção da suspensão de cirurgias eletivas por parte do HRDJSN, esses atendimentos estão relacionados às cirurgias de urgência e emergência. Cabe esclarecer que, com a interrupção da realização das cirurgias eletivas, o quantitativo referente às respectivas metas foi acrescido a meta de internação em clínica médica, conforme estabelecido no 1º TA. Sendo assim, quando o HRDJSN ou a SES/MS propor o retorno dos procedimentos, será necessário reestabelecer o quantitativo de metas inicialmente previsto no CG nº 01/2020.
  7. Sobre a produção aprovada não vinculada as metas do CG nº 01/2020 e demais Termos Aditivos, os tipos de procedimentos mais realizados foram: acolhimento com classificação de risco, administração de medicamentos, consulta com profissional de nível superior (exceto médico) e consulta médica em atenção especializada.

### **C. Produção Hospitalar**



**Tabela 4.** Produção hospitalar APROVADA por leito/especialidade, metas estabelecidas e cumprimento percentual, referente ao CG nº 01/2020, 8º ao 13º Termos Aditivos, 3º quadrimestre de 2021.

Leitos/especialidade	Meta					META QUADR	PROD QUADR	CUMPRIMENTO %
	Mensal	SET	OUT	NOV	DEZ			
Clínica Médica <sup>1</sup>	350	190	225	291	204	1.400	910	65,00%
Clínica cirúrgica - ortopedia e outros	145	191	190	205	155	580	741	127,76%
Cirurgia geral- eletiva	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Cirurgia ginecológica- eletiva	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Cirurgia urológica- eletiva	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Cirurgia vascular- eletiva	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Cirurgia ortopédica- eletiva	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Clinico ginéco-obstétrico	140	239	185	150	139	560	713	127,32%
Clínica pediátrica	50	95	88	69	83	200	335	167,50%
Clínica psiquiátrica	15	0	2	8	4	60	14	23,33%
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>715</b>	<b>690</b>	<b>723</b>	<b>585</b>	<b>2.800</b>	<b>2.714</b>	<b>96,93%</b>

Fonte: Dados extraídos do SIHD2/SUS em 04/03/2022.

<sup>1</sup> A produção aprovada não contempla as internações por COVID-19.

N/A = Não se aplica.

No período avaliado foram APROVADAS 113 internações para tratamento de infecção pelo Coronavírus.

**Quadro 1.** Taxa de ocupação do HRDJSN por leito/especialidade, no 3º quadrimestre de 2021.

LEITOS/ESPECIALIDADE	Set	Out	Nov	Dez
Clínica médica respiratória <sup>1</sup>	9%	19%	28%	23%
Clinica Médica ( 28 Leitos)	118%	129%	131%	112%
Clinica cir ortopédica (32 Leitos)	79%	63%	66%	49%
Psiquiatria (04 Leitos)	0%	0%	15%	0%
Gineco obstetricia (17 Leitos)	69%	74%	66%	76%
Pediatria (16 Leitos)	59%	68%	69%	68%
Taxa de ocupação de leitos exceto de UTI	Set	Out	Nov	Dez
UTI Geral (10 leitos)	84%	87%	91%	91%
UTI COVID <sup>2</sup>	46%	56%	66%	68%

Fonte: Planilhas de monitoramento diário do HRDJSN.

<sup>1</sup> A partir de 01/10/21 houve a redução de 24 para 10 leitos de internação em clínica médica respiratória.

<sup>2</sup> A partir de 01/10/21. 21 houve a redução de 20 para 10 leitos de UTI SARG/COVID-19.

**Tabela 5.** Produção hospitalar GLOSADA por leito/especialidade vinculada as metas do CG nº 01/2020 e Termos Aditivos por mês de processamento referente ao 3º quadrimestre de 2021.

Leito\Especialidade	2021/Set	2021/Out	2021/Nov	2021/Dez	Total
Cirúrgico	8	1	0	10	19
Obstétricos	2	0	0	7	9
Clínico*	12	7	6	17	42
Pediátricos	3	0	4	4	11
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>38</b>	<b>81</b>

Fonte: Dados extraídos do SIHD2/SUS em 08/03/2022.

\* Das 81 AIHs glosadas, 8 se referem a tratamento de infecção pelo Coronavírus COVID-19.



**Tabela 6.** Produção APROVADA por CID 10 (categoria) na especialidade psiquiatria no 3º quadrimestre de 2021.

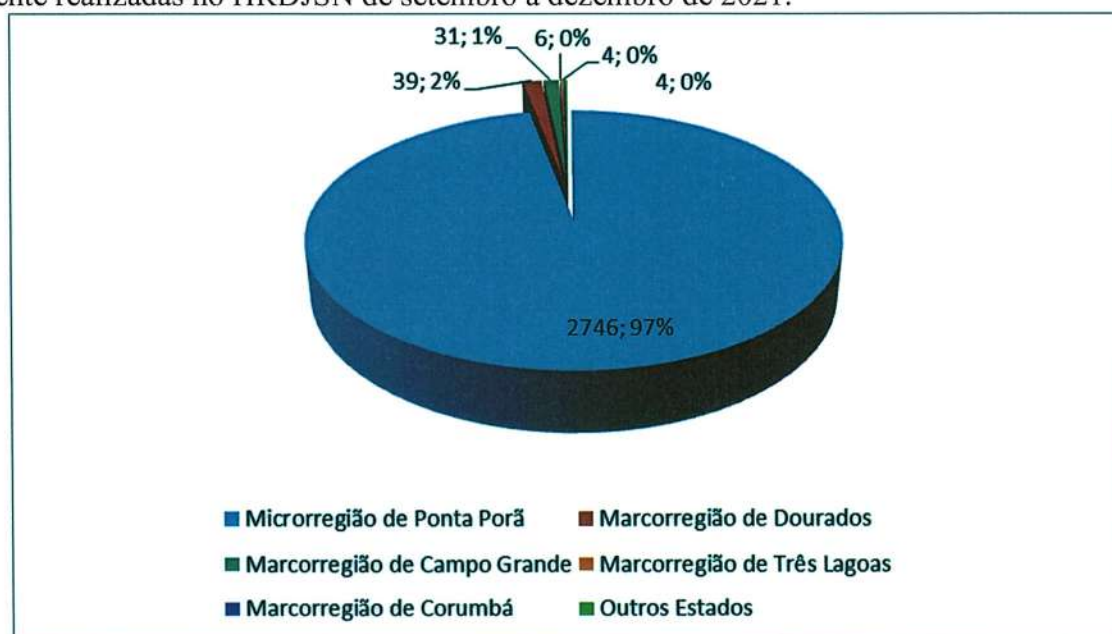
Diagnóstico CID10 (categoria)	2021/Set	2021/Out	2021/Nov	2021/Dez	Total
F13 Transt mentais comport dev uso sedat hipnot	0	0	0	1	1
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	0	0	1	2	3
F20 Esquizofrenia	0	0	2	0	2
F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	0	2	0	0	2
F25 Transt esquizoafetivos	0	0	1	0	1
F29 Psicose nao-organica NE	0	0	1	0	1
F32 Episodios depressivos	0	0	1	1	2
F33 Transt depressivo recorrente	0	0	1	0	1
F39 Transt do humor NE	0	1	0	0	1
F41 Outr transt ansiosos	0	1	0	0	1
F44 Transt dissociativos	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>16</b>

Fonte: Dados extraídos do SIHD2/SUS em 09/03/2022.

O HRDJSN realizou 16 internações hospitalares com CIDs relacionados à especialidade psiquiatria, destes 14 foram acomodados em leitos de psiquiatria e duas em leitos de outras especialidades, possivelmente em leitos clínicos.

Segundo dados do SIHD2/SUS no período avaliado além das 14 internações psiquiátricas realizadas no HRDJSN, 7 residentes da microrregião de Ponta Porã foram internados em leitos psiquiátricos de Hospital(is) da Macrorregião de Campo Grande e 3 em Hospitais da Macrorregião de Três Lagoas.

**Gráfico 2.** Quantidade e percentual de produção hospitalar por município de residência do paciente realizadas no HRDJSN de setembro a dezembro de 2021.



Fonte: Dados extraídos do SIHD2/SUS em 09/03/2022.

Das 2.746 internações oriundas de pacientes residentes da microrregião de Ponta Porã, 2.283 (83%) são pacientes do município de Ponta Porã.

**Tabela 7.** Produção ambulatorial/ hospitalar de CPRE APROVADAS no sistema de informação SIA/SIHD2//SUS, segundo o 9º Termo Aditivo ao CG 01/2020.

Procedimento secundário	set/21	out/21	nov/21	dez/21	total
0209010010 COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	0	0	0	0	0
0407030255 COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA	20	15	16	13	64
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>64</b>

Fonte: Dados extraídos do SIA/SIHD2/SUS em 10/03/2022.

#### D. Considerações relacionadas à produção hospitalar

1. O HRDJSN teve um alcance de 96,93% em relação à meta de produção hospitalar estabelecida para o 3º quadrimestre de 2021, o CG 01/2020 estabelece um alcance mínimo de 90% da produção do período, portanto a Unidade **alcançou a meta**;

2. Além da produção apresentada nas tabelas acima, o HRDJSN realizou **113 internações para tratamento/diagnóstico de COVID-19**. Reiteramos que esta produção não foi considerada para efeitos de avaliação de cumprimento de metas visto que seu financiamento não é vinculado à produção, somente a disponibilização dos leitos ao CORE;

3. As especialidades clínica cirúrgica, gineco-obstétrica e pediatria superaram a meta proposta. No caso da pediatria em especial verifica-se que a meta é alcançada mesmo com uma taxa de ocupação dos leitos inferior a 69%, o que infere a existência de leitos superior à demanda ou meta subestimada;

4. A psiquiatria foi à especialidade de pior desempenho, alcançou 23,33% da meta estabelecida, o que pode estar relacionado à: dificuldades de adesão/implantação do Protocolo instituído para acolhimento do grupo de pessoas com transtornos mentais e uso de álcool e drogas e/ou a problemas de regulação, considerando que pacientes da microrregião de Ponta Porã estão sendo internados em Hospitais localizados fora da Macrorregião de Dourados. Ressalta-se que no quadrimestre foram aprovadas 16 AIHs relacionadas a diagnósticos na referida especialidade e 10 pacientes residentes na microrregião de Ponta Porã foram internados na Macrorregião de Três Lagoas e de Campo Grande;

5. O HRDJSN teve 81 AIHs glosadas no quadrimestre, o que representa 2,89% de glosa, a porcentagem está dentro da média aceitável, ou seja, inferior a 5%;

6. As cirurgias eletivas continuam suspensas pela instituição, que alega como principal motivo a falta de espaço físico (leitos de internação em clínica cirúrgica) devido à ampliação de leitos de UTI SARG/COVID-19 e leitos de internação em clínica médica respiratória, exclusivos para atendimentos de pacientes casos suspeitos/confirmados COVID-19;



7. A taxa de ocupação da UTI Geral foi em média 88% e a da UTI SRAG/COVID-19 foi de 59%. A baixa ocupação da UTI SARG/COVID coincide com a diminuição do número de casos novos da COVID-19 e com o aumento da cobertura vacinal no Estado.

8. Sobre a produção de colangiopancreatografia retrógrada por via endoscópica (CPRE), cabe esclarecer que o financiamento é por produção e que a demanda é regulada pelo Sistema CORE. Isto posto, analisando a produção do quadrimestre verifica-se uma produção superior à meta prevista (até 15 por mês) no 9º Termos Aditivo. Todas as CPREs realizadas no quadrimestre avaliado foram da modalidade terapêutica.

9. O HRDJSN realizou atendimento de pacientes residentes em todas as Macrorregiões do Estado, sendo que 97% deles residem na Microrregião de Ponta Porã, 2% na de Dourados e 1% nas demais Macrorregiões inclusive residentes em outros estados da federação.

#### E. Avaliação das metas de Desempenho e Qualidade.

**Quadro 2.** Pontuação atribuída pelo Setor de Monitoramento e Avaliação Assistencial/GCCG à execução do HRDJSN frente às metas dos indicadores de desempenho e qualidade estabelecidos no CG nº 01/2020 e Termos Aditivos, no 3º quadrimestre de 2021.

INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE METAS DE EIXO DE ASSISTENCIA Á SAÚDE																				
Nº	Indicador	Ações Realizadas																		
1	Redução da taxa de cesariana.	Taxa de cesárea por quadrimestre. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2º QD 2021</th> <th>3º QD 2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PN</td> <td>319</td> <td>339</td> </tr> <tr> <td>PC</td> <td>224</td> <td>218</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>543</td> <td>557</td> </tr> <tr> <td><b>Tx</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>cesárea</b></td> <td><b>41,25%</b></td> <td><b>39,13%</b></td> </tr> </tbody> </table>		2º QD 2021	3º QD 2021	PN	319	339	PC	224	218	Total	543	557	<b>Tx</b>			<b>cesárea</b>	<b>41,25%</b>	<b>39,13%</b>
	2º QD 2021	3º QD 2021																		
PN	319	339																		
PC	224	218																		
Total	543	557																		
<b>Tx</b>																				
<b>cesárea</b>	<b>41,25%</b>	<b>39,13%</b>																		
<b>Pontuação esperada 50 (redução ≥ 3,5% = 50 e ≤ 3,5 = 25) Pontuação alcançada 25</b>																				
2*	Comprovação do incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, em pelo menos 90% dos recém-nascidos na instituição.	Foi apresentado o protocolo assistencial de prescrição médica de fórmula infantil em agosto/2020, recomenda-se revisão anual. No período avaliado o HRDJSN refere à realização de 487 partos sendo que 434 RN foram amamentados na 1ª hora de vida, houve registro de 11 óbitos fetais e nenhum registro de RN com hipoglicemia no período. Portanto a Taxa de incentivo ao aleitamento																		

*NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.*



		materno na primeira hora de vida foi de 89%.
<b>Pontuação esperada 50 (se taxa ≥ 90%)</b>		<b>Pontuação alcançada zero</b>
3	Política de Saúde da Criança: comprovação de encaminhamento com referência (consulta agendada na atenção primária) para todas as crianças, inclusive neonatos, na alta hospitalar.	A consulta não é agendada na atenção primária em saúde (APS), mas há o encaminhamento com referência para as unidades de saúde da APS. Foi enviado ofício nº121/2020 de 17/03/2020 ao secretário municipal de saúde, solicitando agenda diária ou mensal dos atendimentos pediátricos na UBS, no entanto o Hospital entrega ao paciente uma ficha de encaminhamento contendo o relatório/resumo da internação.
<b>Pontuação esperada 50</b>		<b>Pontuação alcançada 50</b>
4	Política de Atenção às Urgências e Emergências - verificar, conforme determina a Portaria GM nº. 2.048, de 05/11/2002 a presença de: a) acolhimento com classificação de risco (adulto, pediátrico e obstétrico); b) implantação de protocolos clínicos para as quatro patologias mais prevalentes em urgência e emergência (a unidade hospitalar deve implantar, no mínimo, um protocolo por quadrimestre); c) tempo médio de espera para consulta médica inferior a 30 minutos, para os casos de pacientes classificados com risco amarelo. d) disponibilizar atendimento médico em pediatria, presencial, no serviço de urgência e emergência no período de maior demanda.	a) possui acolhimento com classificação de risco adulto, pediátrico e obstétrico. Separação por área Covid-19 e não Covid-19. b) Foi apresentado ata para implantação do protocolo clínico de IVAS datado de 17/12/2021. O Protocolo instituído está de acordo com as 4 (quatro) principais patologias assistidas no Pronto Atendimento, que no quadrimestre avaliado foram: diarreia e gastroenterites, <u>influenza</u> , dor pélvica, exame médico geral e dor localizada no abdômen superior. c) O tempo médio de espera foi de 17 min em set/21, 20 min em out/21, 21 min em nov/21 e 23 em dez/21, o que dá uma média de 20 min. d) cumprido, apresentou escala médica com presença de pediatra.
<b>Pontuação esperada 150 (a=75 e 25 as demais)</b>		<b>Pontuação alcançada 150</b>
5	Política de Atenção Psicossocial - comprovação de rotina e protocolo instituídos para acolhimento, classificação de risco e	Houve apresentação do protocolo de atenção psicossocial em junho/2020, no entanto não houve



	cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	apresentação de atualização e considerando a baixa produção apresentada (14 AIHs aprovadas) e a ocorrência de internações psiquiátricas de pacientes residentes na microrregião de Ponta Porã em outras macrorregiões do Estado, infere-se que o Protocolo não está efetivamente implantado.
<b>Pontuação esperada 50</b>		<b>Pontuação alcançada zero</b>
<b>METAS DO EIXO DE GESTÃO</b>		
6**	<p>Situação econômica e financeira da Organização Social de Saúde. Encaminhamento mensal dos seguintes documentos do sistema contábil-financeiro, assinados por profissional registrado no Conselho Regional de Contabilidade e pelo Responsável Legal da Organização Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balancete contábil,</li> <li>- Razão contábil,</li> <li>- Demonstração do Fluxo de Caixa;</li> <li>- Extratos bancários das contas movimento e aplicação financeira;</li> <li>- Relação de bens móveis adquiridos no mês com as respectivas notas fiscais.</li> </ul> <p>A comprovação da boa situação financeira da Organização Social de Saúde mediante a aferição do índice de liquidez e de endividamento com a aplicação das seguintes fórmulas:</p> $ILG = (AC+RLP) / (PC+PNP) \geq 1$ $ILC = (AC) / (PC) \geq 1$ $ISG = AT / (PC+PNP) \geq 1$ $EG = (PC + PNP/AT) \times 100 = \text{menor percentual}$ $CE = [PC / (PNP + PC)] \times 100 = \text{menor percentual}$	<p>O HRDJSN não atendeu os prazos de transmissão de documentos comprobatórios das despesas definido no art. 5º da Resolução nº 03/SES/MS de 03 de fevereiro de 2020, publicada no DOE nº 10.091 em 11/02/2020 p. 29.</p> <p>Os balancetes mensais apresentados na prestação de contas não permitem a apuração dos itens pela equipe de analistas contábeis da SES, visto que as Contas de Resultado (Receitas e Despesas) são escrituradas nas Contas Patrimoniais (Ativo e Passivo) e apropriadas somente quando do fechamento do exercício, no Balanço Patrimonial.</p>
<b>Pontuação esperada 100</b>		<b>Pontuação alcançada zero</b>
7	Qualificação técnica da Direção da Unidade Hospitalar:	Foi mantida pela O.S a qualificação técnica da Direção da Unidade Hospitalar (alta direção) com a formação profissional e experiência que foi utilizada para pontuação no processo de chamamento público.
<b>Pontuação esperada 50</b>		<b>Pontuação alcançada 50</b>
8	<p>Política de Regulação do Acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com equipe e Regimento Interno instituído;</li> <li>b) rotina e protocolos estabelecidos para as principais atividades do NIR, conforme Manual de Implantação e Implementação do NIR - Ministério da Saúde (2017);</li> <li>c) registro, monitoramento e comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Presença de equipe e regimento interno no NIR;</li> <li>b) Rotinas e protocolos estabelecidos desde abril/2020 (recomenda-se atualização);</li> <li>c) Registro, monitoramento e comunicação diária à SES-MS do censo de ocupação dos leitos hospitalares, por</li> </ul>



	<p>diária à SES/MS do censo de ocupação dos leitos hospitalares, por especialidade/clínica e UTI. Incluir o registro da quantidade de atendimentos:</p> <p>c.1) no setor de acolhimento/classificação de risco ambulatorial (especificar total geral de atendimentos e de casos suspeitos-confirmados de casos de dengue e de infecção por COVID-19);</p> <p>c.2) nas consultas médicas de urgência e emergência;</p> <p>c.3) com observação ambulatorial até 24h; e</p> <p>c.4) de cirurgia de urgência e emergência.</p> <p>Vigilância, mensal e quadrimestral, dos indicadores de processo, resultado e desempenho, referentes à gestão da ocupação dos leitos e agendas, conforme Manual do NIR;</p> <p>d) Apresentação do fluxo interno de atendimento de casos suspeitos/confirmados de COVID 19/Dengue aos pacientes da Microrregião de Saúde de Ponta Porã, em conjunto com o Núcleo Regional de Saúde de Ponta Porã/MS e com as Secretarias Municipais de Saúde de Antônio João, Amambai, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Paranhos, Ponta Porã, Sete Quedas, Tacuru; alinhar com a Rede Municipal de Saúde de Ponta Porã o fluxograma de referência e contra referência para que, no horário de atendimento da rede básica à saúde, o Hospital atenda somente os casos de suspeitos/confirmados de COVID 19/Dengue referenciados pelas unidades municipais.</p>	<p>especialidade/clínica e UTI pelos e-mails: <a href="mailto:Gccg.cecca@gmail.com">Gccg.cecca@gmail.com</a>, <a href="mailto:nrspontapora.cecca@gmail.com">nrspontapora.cecca@gmail.com</a>, <a href="mailto:gcasis.cecaa@gmail.com">gcasis.cecaa@gmail.com</a>.</p> <p>d) Foi apresentado o Protocolo com data da última atualização julho/2020.</p>
<p><b>Pontuação esperada 75 (a = 10, b = 20, c = 10 e d = 35) Pontuação alcançada 75</b></p>		
<p>9</p>	<p>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.</p>	<p>No endereço eletrônico disponível no relatório de prestação de contas do HRDJSN referente ao quadrimestre constam dados disponíveis.</p> <p>Bloco A <a href="https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzllOTJmNWYtMmI3YS00MzRjLWlYNTItMmU2Mzk2ZmU3NDc2IiwidCI6IjM3NTY4YzZmXWWEyYTUtNDJiNC05ZWE5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9">https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzllOTJmNWYtMmI3YS00MzRjLWlYNTItMmU2Mzk2ZmU3NDc2IiwidCI6IjM3NTY4YzZmXWWEyYTUtNDJiNC05ZWE5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9</a></p> <p>Bloco B <a href="https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTU5M2YwZmYtMGY1Ni00YTlmLWJjMmItOWQ4MzU4MjYxZWMzIiwidCI6IjM3NTY4YzZmXWWEyYTUtNDJiNC05ZWE5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9">https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTU5M2YwZmYtMGY1Ni00YTlmLWJjMmItOWQ4MzU4MjYxZWMzIiwidCI6IjM3NTY4YzZmXWWEyYTUtNDJiNC05ZWE5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9</a></p>

		<p><u>MDcwYTA0ZSJ9</u></p> <p>Bloco C</p> <p><u><a href="https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOGZiNzllZmYtYjgwNS00ZTNmLTk2Y2ItNGUxODhjZjVhZDdjIiwidCI6IjM3NTY4YzMxLWVhYyYUUtNDJiNC05ZWV5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9">https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOGZiNzllZmYtYjgwNS00ZTNmLTk2Y2ItNGUxODhjZjVhZDdjIiwidCI6IjM3NTY4YzMxLWVhYyYUUtNDJiNC05ZWV5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9</a></u></p>
<b>Pontuação esperada 25</b>		<b>Pontuação alcançada 25</b>
10	<p>Funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):</p> <p>a) apresentação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar e das atas mensais de reunião da Comissão;</p> <p>b) Instituir Protocolo de Prevenção e Controle da disseminação de COVID-19;</p> <p>c) vigilância e apresentação mensal e quadrimestral dos indicadores de monitoramento obrigatório da UTI, conforme Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA ou outra que venha substituí-la.</p>	<p>a) CCIRAS em funcionamento, apresentando o programa de Controle de infecção Hospitalar e das atas de reuniões mensais (23.09, 28.10, 25.11 e 14.12.2021). B) foi Instituído o Protocolo de Prevenção e Controle da disseminação do COVID-19 e o mesmo foi atualização em 01/12/2020 conforme consta no relatório de prestação de contas assistenciais.</p> <p>c) apresentação mensal dos indicadores de monitoramento obrigatório da UTI conforme Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA ou outra que venha substituí-la.</p>
<b>Pontuação esperada 100 (a = 20, b = 40, c = 40)</b>		<b>Pontuação alcançada 100</b>
11	<p>Funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):</p> <p>a) apresentar o Programa de Segurança do Paciente e atas de reunião mensal;</p> <p>b) implantação e monitoramento do Protocolo de Identificação do Paciente, com apresentação mensal de indicador;</p> <p>c) implantação e monitoramento do Protocolo de Cirurgia Segura, com apresentação mensal de indicador;</p> <p>d) implantação e monitoramento do Protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos, com apresentação mensal de indicador;</p> <p>e) implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de úlceras por pressão, com apresentação mensal de indicador;</p> <p>f) implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de quedas, com apresentação mensal de indicador;</p> <p>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.</p>	<p>a) Apresentaram a ata de reunião do Programa de Segurança do Paciente do mês de 09.09, 28.10, 30.11 e 17.12.21.</p> <p>b) ao f) Os indicadores foram descritos e há identificação quantitativa.</p> <p>g). No quadrimestre foram registrados a ocorrência de 35 eventos adversos e 13 incidentes. Segundo Relatórios da ECA constam recomendações de melhoria para mitigar o dano e para evitar recorrência dos eventos investigados. O Relatório de Prestação de Contas do HRDJSN afirma a implantação do Protocolo de Londres (ferramenta para análise e investigação de EA). Os seis protocolos de segurança do paciente foram implantados em 2019.</p>



Pontuação esperada 100 (a = 10, b a g = 15)		Pontuação alcançada 100
12	<p>Funcionamento da Comissão de Revisão e Análise de Óbito Hospitalar.</p> <p>a) constituição da equipe, com aprovação de Regimento Interno e apresentação de atas mensais de reunião;</p> <p>b) rotina e protocolos para revisão, análise, notificação, investigação e classificação dos óbitos hospitalares quanto à evitabilidade dos mesmos, conforme Manual do Ministério da Saúde dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil, Fetal e por Violências;</p> <p>c) registro, monitoramento e vigilância dos indicadores de mortalidade institucional.</p>	<p>a) Foi apresentada a Constituição da equipe (04.01.2021), bem como o Regimento Interno. Também foram apresentadas as atas de reuniões mensais (30.09, 27.10, 26.11 e 28.12).</p> <p>b) Apresentada Planilha de óbitos e análises das investigações,</p> <p>c) Foram apresentados os registros de óbitos nos meses avaliados.</p>
Pontuação esperada 20 (a = 5, b = 10 e c = 5)		Pontuação alcançada 20
13	<p>Programa de Educação Permanente que deve incluir minimamente os seguintes temas para todos os colaboradores:</p> <p><i>Medidas de prevenção, tratamento de casos suspeitos/confirmados de COVID-19, de acordo com as diretrizes do MS;</i></p> <p><i>Protocolos de Segurança do Paciente;</i></p> <p><i>Higienização das mãos e uso correto dos EPIs.</i></p> <p>Realizar, no mínimo, uma capacitação das descritas acima por quadrimestre.</p> <p>Verificar o percentual de pessoal capacitado, relacionados à área assistencial, no quadrimestre avaliado.</p>	<p>a) Foram realizadas no quadrimestre 630 capacitações /orientações. Referentes aos temas relacionados no CG nº 01/2020 foram realizados 217.</p> <p>b) Participaram das capacitações 5501 profissionais, sendo que um mesmo profissional participou de mais de uma capacitação. Relacionados aos temas propostos foram 1814 participantes. O HRDJSN possui no CNES (776 profissionais cadastrados). Percentual de capacitados superior a 70%.</p>
Pontuação esperada 130 (a = 70 e b = 60 ≥ 70%)		Pontuação alcançada 130
METAS DO EIXO DE AVALIAÇÃO		
14	<p>Cálculo e divulgação dos seguintes indicadores:</p> <p>a) Índice de Gravidade / Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI;</p> <p>b) Mortalidade geral da UTI com a mortalidade geral esperada, de acordo com o Índice de gravidade utilizado;</p> <p>c) Taxa de ocupação dos leitos por clínica/especialidade e UTI.</p>	<p>a) Sim, os indicadores são apresentados nos relatórios de Prestação de Contas;</p> <p>b) Sim, os indicadores são apresentados nos relatórios de Prestação de Contas;</p> <p>c) Sim, os indicadores são apresentados nos relatórios de Prestação de Contas;</p>
Pontuação esperada (a=15, b=15 e c=20) 50		Pontuação alcançada 50
Pontuação total esperada 1000		Pontuação total alcançada 775

\* Dados do Relatório de PC quadrimestral do HRDJSN e Relatórios mensais da ECA.

\*\*Dados fornecidos pelo Sistema de Monitoramento e Avaliação Econômico Financeiro;

Fonte: Relatórios Informativos da Equipe de Controle e Acompanhamento das competências set a dez 2021.



## **F. Considerações relacionadas à avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade**

Analisando o alcance das metas de desempenho e qualidade estabelecidas no 1º TA do CG nº 01/2020 constata-se que o HRDJSN obteve 775 pontos, o que o classifica numa faixa de desempenho **de 80%**. Neste sentido, identificam-se as oportunidades de melhorias descritas abaixo:

1. Diminuição da taxa de Cesária;
2. Aumentar o incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida;
3. Efetiva implantação da Política de Atenção Psicossocial em Hospitais Gerais;
4. Atendimento integral a Resolução nº 03/SES/MS, no que se refere aos cumprimentos dos prazos de transmissão de documentos que compõe a prestação de contas;

## **6. RESULTADO DA AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL**

Na avaliação assistencial o HRDJSN obteve o alcance de **84,79% das metas de produção ambulatorial e 96,93% das metas de produção hospitalar** estabelecidos no Contrato de Gestão nº 01/2020 e respectivos Termos Aditivos. **Quanto às relacionadas aos indicadores de desempenho e qualidade alcançou 775 pontos**, enquadrando-se na faixa de **desempenho equivalente a 80%**.

Campo Grande - MS, 15 de março de 2022.



**Renata Cardoso Pereira**  
Especialista de Serviços de Saúde  
Setor de Monitoramento e Avaliação Assistencial  
de Contratos de Gestão



**Janaina Trevizan Andreotti Dantas**  
Auditora de Serviços de Saúde  
Chefe do Setor de Monitoramento e Avaliação  
Assistencial de Contratos de Gestão