

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL
(Metas de Produção, Desempenho e Qualidade)

(JUNHO 2022)

Órgão: Hospital Regional Dr. José de Simone Netto
Organização Social de Saúde INSTITUTO ACQUA
Município: Ponta Porã - MS



Ponta Porã - MS
JULHO 2022

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ DE SIMONE NETTO
CNES: 2651610
ENDEREÇO: RUA BALTAZAR SALDANHA, 1501– CENTRO
TELEFONE E FAX: (067) 3926 - 6779
CEP: 79.904-588
MUNICÍPIO: PONTA PORÃ - MS

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE INSTITUTO ACQUA

PRESIDENTE: SAMIR REZENDE SIVIERO
FORMAÇÃO PROFISSIONAL: JORNALISTA
CPF: 283.655.498-32 **RG:** 22.204.819-0
ATO DE NOMEAÇÃO: ATA DE ELEIÇÃO – INSTITUTO ACQUA
ENDEREÇO COMERCIAL: AV. LINO JARDIM N° 905, VILA BASTOS
CEP: 09041-031 **MUNICÍPIO:** SANTO ANDRÉ – SP
TELEFONE: 11 4823 1800 4825-2008
EMAIL: SAMIR@INSTITUTOACQUA.ORG.BR

DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ DE SIMONE NETTO

DIRETORA GERAL: LETICIA CARNEIRO SILVA
FORMAÇÃO PROFISSIONAL: TÉCNOLOGA EM GESTÃO HOSPITALAR / PÓS GRADUADA EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO E SAÚDE.
CPF: 631.925.273-15 **RG:** 15726993-0 SSP-MA
ATO DE NOMEAÇÃO: CONTRATO N.º 4/2022 COM INSTITUTO ACQUA
INÍCIO DA VIGÊNCIA: 08/04/2022
ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA RAMOM FRANCO , 658 – BOSQUE DE PONTA PORÃ
CEP: 79903-298 **MUNICÍPIO:** PONTA PORÃ - MS
TELEFONE: (98) 98854-4673
EMAIL: LETICIA.CARNEIRO@INSTITUTOACQUA.ORG.BR

DIRETOR ADMINISTRATIVO: MARLLON MURILO RAMOS PEREIRA NUNES
FORMAÇÃO PROFISSIONAL: BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM MBA EM NEGÓCIOS
CPF: 920.641.401 - 15 **RG:** 1111663 SSP/MS
ATO DE NOMEAÇÃO: CONTRATO N.º 5/2022 COM INSTITUTO ACQUA
INÍCIO DA VIGÊNCIA: 08/04/2022
ENDEREÇO RESIDENCIAL: AVENIDA PRESIDENTE VARGAS
CEP: 79903-303 **MUNICÍPIO:** PONTA PORÃ - MS
TELEFONE: (67) 992296523
EMAIL: MARLLON.NUNES@INSTITUTOACQUA.ORG.BR

DIRETOR TÉCNICO: ANTONIO SERGIO CRISTOFOLLO MARTINUSSI

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: MÉDICO
CRM/MS: 8884/MS
CPF: 333.835.358-86 RG: 43718771-8 SSP/SP
ATO DE NOMEAÇÃO: CONTRATO N.º38/2019 COM INSTITUTO ACQUA
INÍCIO DA VIGÊNCIA: 29/03/2019
ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA RAFAEL BANDEIRA TEIXEIRA N° 497
CEP: 79904452 MUNICIPIO: PONTA PORÃ - MS
TELEFONE: 67 8202-9025
EMAIL: ANTONIO.MARTINUSSI@INSTITUTOACQUA.ORG.BR

DIRETORA DE ENFERMAGEM: EDNA CANDIDO
FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ENFERMEIRA / PÓS GRADUADA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ MBA EM GESTÃO HOSPITALAR.
COREN/MS: 245.455
CPF: 698.418.961-68 RG: 669796
ATO DE NOMEAÇÃO: CONTRATO N.º 008/2020 + RESPONSABILIDADE TÉCNICA COREN MS
INÍCIO DA VIGÊNCIA: 01/10/2020
ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA ARNALDO RADEKE N° 247
CEP: 79904500 MUNICIPIO: PONTA PORÃ - MS
TELEFONE: 67 99862-3208
EMAIL: GERENCIAENFERMAGEM.HRDJSN@INSTITUTOACQUA.ORG.BR

RESPONSÁVEL TÉCNICA PELA FARMÁCIA: FABIANA CARVALHO FIALHO
FORMAÇÃO PROFISSIONAL: FARMACÊUTICA
CRF/MS: 6906-S
CPF. 298449178-59 RG 2549184394-3
Início da vigência 01/05/2022
ATO DE NOMEAÇÃO: CONTRATO CLT + RESPONSABILIDADE TÉCNICA CRF MS
ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA ALEGRETE, 506 casa 02 , VILA RENÓ CEP 79902-272 Ponta Porã - MS
TEL (11) 98525-9515
EMAIL: FABIANA.FIALHO@INSTITUTOACQUA.ORG.BR

DIRETOR CLÍNICO: FELIX FRANCISCO GONZALEZ DE BARROS
FORMAÇÃO PROFISSIONAL: MÉDICO
CRM/MS: 8295
CPF: 888.457.101-49 RG: 944.683 SSP/MS
ATO DE NOMEAÇÃO: Ata de posse 02/07/2020
INÍCIO DA VIGÊNCIA: 02/07/2020
FIM DO EXERCÍCIO: 16/07/2022
ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA OLECIO BARBOSA MARTINS, N° 276, VILA MARIA AUXILIADORA
CEP: 79902-286 MUNICIPIO: PONTA PORÃ - MS
TELEFONE: 67 99927-8051
EMAIL: FELIXBARROS@HOTMAIL.COM

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS METAS ASSISTENCIAIS E DE PRODUÇÃO:
MARCIA MARIA GONÇALVES MORA
FORMAÇÃO PROFISSIONAL: TÉCNICOLOGA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E UNIDADES BÁSICAS – EM FORMAÇÃO.

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Nome	Cargo
Leticia Carneiro Silva	Diretora Geral
Marcia Maria Gonçalves Mora	Coordenadora de Faturamento
Imaculada Machado	Auditoria - Acqua

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

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	MÉTODO.....	7
3	METAS REFERENTE AO CONTRATO DE GESTÃO 01/2020.....	7
3.1	INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE.....	7
4.	METAS DE PRODUÇÃO.....	24
4.1	METAS DE PRODUÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE MÉDICA COMPLEXIDADE NA UNIDADE.....	24
4.2	METAS DE PRODUÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA UNIDADE.....	24
4.3	RELAÇÃO DE CPRES REALIZADAS.....	28
5-	CONCLUSÃO.....	28
	ANEXOS.....	30
	ANEXO I – Censo Hospitalar.....	30
	ANEXO II – Indicadores de Partos Realizados e da Rede Cegonha.....	30
	ANEXO III – MOVIMENTO DE CENTRO CIRURGICO.....	30
	ANEXO VI – EDUCAÇÃO CONTINUADA.....	31
	ANEXO VII – NSP.....	32
	ANEXO VIII – NVE.....	33
	ANEXO IX – CCIH.....	33
	ANEXO X – ATAS.....	34
	ANEXO XI – ESCALAS.....	35
	ANEXO XII – FATURAMENTO APRESENTADO.....	35
	ANEXO XIII – UTI.....	35
	ANEXO XV– RELATÓRIOS EMPRESAS.....	37
	ANEXO XVI– SESMT.....	38
	ANEXO XVII – RELATÓRIO NIR.....	39

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 01/2020.

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 HRJNS, descritos no Anexo I desse Instrumento e foi assinado com a SES/MS no dia 11 de Fevereiro de 2020, e primeiro termo Aditivo ao Contrato de Gestão n. 01/2020.

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 - Levantamento, compilação e conferência dos dados;
- B - Conferência dos dados, análise e elaboração do Relatório de Produção

3 METAS REFERENTE AO CONTRATO DE GESTÃO 01/2020

3.1 INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE

n.º	Indicador
1	Redução da Taxa de cesariana > 3,5% de redução por quadrimestre, até a taxa atingir 25%
Ações previstas	Redução quadrimestral da taxa de cesariana >3,5%
Ações executadas	A META SERÁ APRESENTADA NO RELATÓRIO DO PRIMEIRO QUADRIMESTRE DE 2022, POIS TEMOS QUE APRESENTAR A REDUÇÃO DA TAXA DURANTE O QUADRIMESTRE.

Aguardamos o posicionamento da SES, conforme ata de reunião realizada em janeiro de 2021, e ofício Nº 126 entregue dia 09 de março de 2022 pedindo revisão das metas.



Reunião SES -
20-01-2021 - ATA.pdf



ofício 126 revisão
das metas.pdf

STATUS
META SERÁ DE AVALIAÇÃO QUADRIMESTRAL
n.º
Indicador

01- Comprovação do incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, em pelo menos 90% dos recém-nascidos na instituição.

INDICADORES	JUN/22
TOTAL DE PARTOS	128
TOTAL DE RN VIVOS	127
TOTAL DE HORA OURO	124
TAXA DE HORA OURO	97,63%



IND_LIVRO_MATER
NIDADE MES DE JUN

2

02- Protocolo para prescrição médica de fórmula infantil, contendo no mínimo, a comprovação de hipoglicemia.

NR DE RN COM HIPOGLICEMIA	JUNHO/22
HIPOGLICEMIA RN	06

Protocolo implantado em agosto/2020, e revisado no dia 16 de fevereiro 2022.



PRO.MAT.024 -
ADMINISTRAÇÃO DE ALEITAMENTO



TREINAMENTO
FEV2.

STATUS
META CUMPRIDA

n.º	Indicador
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:

Ações previstas	Encaminhamento feito através de referência contra referência, Evidências em todos os Prontuários.				
Ações executadas	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  ofício 121 - solicitação de agenc </div> <div style="text-align: center;">  Ofício 024 - solicitação de agenc </div> <div style="text-align: center;">  Encaminhamento para UBS (1).pdf </div> </div> <p>Reiteramos no mês de janeiro de 2022 o ofício encaminhado em março 2020 e até o momento ainda não foi criado mecanismos pela Secretaria Municipal de Saúde para a paciente sair com esse agendamento, porém todas as gestantes saem com encaminhamento para retornar na Unidade Básica, em anexo o modelo de encaminhamento usado.</p> <p>Encaminho o relatório de parto onde constam os encaminhados realizados para rede, registro em destaque na planilha.</p> <p>Foram encaminhadas 128 puérperas para acompanhamento na rede, conforme planilha anexa.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">PUÉRPERAS ENCAMINHADAS A UBS</td> <td style="text-align: center;">junho/22</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PACIENTE REFERENCIADAS P/ UBS</td> <td style="text-align: center;">128</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  IND_LIVRO_MATER NIDADE MES DE JUN </div>	PUÉRPERAS ENCAMINHADAS A UBS	junho/22	PACIENTE REFERENCIADAS P/ UBS	128
PUÉRPERAS ENCAMINHADAS A UBS	junho/22				
PACIENTE REFERENCIADAS P/ UBS	128				
STATUS	META REALIZADA				

n.º	Indicador
4	Participar da Política de Atenção às Urgências e Emergências, conforme determina a Portaria GM/MS nº 2048/2002: <ul style="list-style-type: none"> a- Acolhimento com classificação de risco 0(adulto, pediátrico e obstétrico); b- Implantação de protocolos clínicos para as 4 patologias mais prevalente em urgência e emergência. c- Tempo médio de espera para consulta médica inferior a 30 minutos, para os casos de pacientes classificados com risco amarelo. d- Disponibilizar atendimento médcio em pediatria, presencial, no serviço de urgência e emergência no período de maior demanda.
Ações executadas	a- Acolhimento com classificação de risco(adulto, pediátrico e obstétrico);

- Possui Classificação de risco implantado na Pediatria, Maternidade, COVID e Pronto Socorro Geral



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO.COM CLASSIFICAÇÃO DE ACOLHIMENTO

b- Implantação de protocolos clínicos para as 4 patologias mais prevalente em urgência e emergência.

- Protocolos Implantados De Trauma, Pneumonias, Infecção das Vias Aéreas Superiores, apendicite e Crise Hipertensiva na gravidez

O protocolo de trauma foi implantado em mês de abril de 2022



PROTOCOLO ATLS.pdf

FOTOS PROTOCOLO DE TR/

TEMA 3 ATLS_merged.pdf

c- Tempo médio de espera para consulta médica inferior a 30 minutos, para os casos de pacientes classificados com risco amarelo.

Tempo Médio de espera entre a classificação e o atendimento médico foi de 30 minutos



2. Tempo médio de espera às consultas e atendimentos de urgência e emergência, segundo as categorias de classificação de risco.
Obs.: São exibidas apenas as classificações que tiveram atendimento médico e não são considerados os azuis dispensados para UBS! o tempo médio exibido considera desde a classificação de risco até o primeiro atendimento médico!

2- Competência

07/2022 06/2022 05/2022 04/2022 03/2022 02/2022 01/2022

Tempo Médio de Atendimento

CLASSIFICACAO	AnoMes	Media
Amarelo	06/2022	00:30:00
Azul	06/2022	01:29:00
Verde	06/2022	00:37:00
Vermelho	06/2022	00:00:00

d- Disponibilizar atendimento médico em pediatria, presencial, no serviço de urgência e emergência no período de maior demanda

- Cumprido, escala de JUNHO/2022



ESCALA PEDIATRIA
 PS JUNHO.pdf

STATUS

META REALIZADA

n.º	Indicador
5	Política de Atenção Psicossocial – comprovação de rotina e protocolo instituídos para acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Ações executadas	Implantado Protocolo Psicossocial em Junho/2020  Protocolo Implantação Psicossocial.pdf  protocolo Psicossocial.pdf Reunião da equipe realizada no dia 27 de janeiro de 2022, conforme ata apresentada abaixo:  Ata - Protocolo de Atenção Psicossocial.pdf

Protocolo revisado em em 31 de janeiro/2022


 POP HRDJSN 001
 PROT ATENÇÃO PSIIMPLANTAÇÃO DO F

 ATA DE
 ATENÇÃO PSIIMPLANTAÇÃO DO F

Protocolo revisado em março 2022


 PROTOCOLO
 ATENÇÃO PSICOSSC TREINAMENTO ATEN

 REGISTRO DE
 ATENÇÃO PSICOSSC TREINAMENTO ATEN

Realizado atendimentos de internações, conforme abaixo – Base PR:

Leito\Especialidade	JUNHO/2022
05-Psiquiatria	06
Total	06

O Hospital dispõe do serviço de Psicólogo que completa o atendimento, abaixo relatório:

Atendimentos por modalidade	Clinica Médica	Pronto Socorro	Maternidade	Pediatria	Ortopedia	UTI	Clinica Médica RESP.	Pronto Socorro RESP.	UTIB	Total
	Atendimento Psicológico Emergencial	0	41	0	0	0	0	0	0	0
Atendimento Psicológico ao Leito	72	6	19	27	29	8	7	0	11	179
Atendimento Psicológico com Acompanhante	48	27	12	29	14	15	2	0	11	158
Comunicado de Óbito aos Familiares	2	1	0	0	0	4	0	0	5	12
Comunicado de Diagnóstico aos Pacientes	6	0	1	2	0	0	0	0	2	11
Acompanhamento de Profissionais da Rede Pública	6	8	0	0	0	1	0	0	0	15
Encaminhamento	4	22	0	0	0	0	1	0	0	27
Orientação	49	49	18	16	19	11	6	0	5	173
Total	187	154	50	74	62	39	16	0	34	

Esses atendimentos representam a produção do psicólogo e o acompanhamento dos pacientes no leitos. Anexo relatório completo dos atendimentos realizados.


 Relatório 06 Junho
 2022 mail.pdf

STATUS

META REALIZADA

n.º	Indicador
6	Situação econômica e financeira da OSS.

	<p>a) Encaminhar mensal, à CECAA, cópia 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"> - Balancete contábil - Razão contábil - Demonstrativo do fluxo de caixa; - Extratos bancários das contas movimento e aplicação financeira - Relação de bens móveis adquiridos no mês com as respectivas notas fiscais; <p>b) 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> <p>ILG=(AC+RLP) / (PC+PNP)>1 ILG=(AC) / (PC)>1 ISG=AT / (PC+PNP)> 1 EG=(PC +PN/AT) X 100 =menor percentual CE={PC / (PNR +PC)} X100 = menor percentual</p> <p>Em que:</p> <p>ILG – índice de liquidez Geral ILC – índice de liquidez Corrente ISG – Índice de Solvência Geral AT = Ativo Geral AC = Ativo Circulante RLP= Realizável em longo Prazo PC= Passivo Circulante PNC = Passivo não Circulante EG = Endividamento Geral CE= Coeficiente Endividado</p>
Ações previstas	Encaminhar mensal, à CECAA, cópia dos seguintes documentos do sistema contábil-financeiro
Ações executadas	<p style="text-align: center;">Prestação de contas realizado por plataforma</p> <p style="text-align: center;"> Ofício 36-2022 - Balancete Prestação</p>
STATUS	META REALIZADA

n.º	Indicador
-----	-----------

7	Qualificação técnica da Direção da Unidade Hospitalar:
Prazo de execução	JANEIRO 2021
Ações executadas	<p>Mantido a qualificação técnica (formação profissional e experiência) que foi utilizada para pontuação no processo de Chamamento Público ou substituir por outras Certificações ou capacitações técnicas equivalentes ou superiores.</p> <p style="text-align: center;"> 14 Anexo 14.pdf</p> <p style="text-align: center;"> DIRETORA GERAL LETICIA CARNEIRO.p</p> <p style="text-align: center;">    DIRETOR ADMINISTRATIVO MENFERMAGEM EDN/Antonio Martinu DIRETORA DE DIRETOR TÉCNICO </p>
STATUS	META REALIZADA

n.º	Indicador
8	<p>a) Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com equipe e Regimento Interno Instituídos;</p> <p>b) Rotina e protocolos estabelecidos para as principais atividades do NIR, conforme Manual de implantação e Implementação do NIR – Ministério da Saúde (2017)</p> <p>C- Registro, monitoramento e 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 de relatório na Câmara Técnica de Atenção Ambulatorial e Hospitalar da Microrregião de Ponta Porã/MS, relativos Fluxos e protocolos de referência e contra referência do HRDJSN.</p>
Ações executadas	<p>A – Realizado implantação do NIR, com equipe e regimento interno Instituídos; apresentado em relatórios anteriores.</p> <p>B- NIR implantado em abril/2020</p> <p style="text-align: center;"> POP NIR HRDJSN .pdf</p> <p>C- é encaminhado diariamente para a CECCA e auditoria local planilha de Monitoramento</p>



JUNHO Movimento
diário.xlsx

Núcleo Interno de Regulação - NIR	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS ACEITAS	140	120	116	95	130	136
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS CONTATO DIRETO COM O HRDJSN	3	2	4	3	2	4
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS RECEBIDAS	175	139	140	144	104	162
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS REJEITADAS	82	77	88	105	200	205
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS RESPONDIDAS ≤ 2 HORAS	113	89	118	125	97	102
TOTAL DE VAGAS NÃO AUTORIZADAS MACRO	47	58	64	25	19	22
TOTAL DE VAGAS NÃO AUTORIZADAS MICRO	35	19	24	39	27	37
TOTAL DE VAGAS SOLICITADAS PARA ENCAMINHAMENTO ATRAVÉS DE CONTATO DIRETO OU COM OUTROS HOSPITAIS	2	4	5	3	0	0
TOTAL DE VAGAS ZERO ENCAMINHADAS	24	25	29	21	26	22
TOTAL DE VAGAS ZERO RECEBIDAS	26	15	21	29	25	34
Total	647	548	609	589	630	724

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 Antonio 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.



PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE PA/ASSISTENCIAL AO P/protocolo covid19.p
 PROTOCOLO DE lista implantação
 REGISTRO DE TREINAMENTO ASSI

Solicitamos através do ofício 191 a retomada da Câmara técnica para apresentação de Fluxos e protocolos de referência e contra referência do HRDJSN.



OFICIO
191-CAMARA TECNICA

Reunião realizada dia 05 de maio de 2022 onde foi apresentado o protocolo e fluxo da recepção do Hospital Regional



ATA 001_2022
camara técnica.pdf

STATUS
META REALIZADA

n.º	Indicador
9	Política de Regulação do Acesso: Manter painel de indicadores da capacidade instaladas e portal da transparência, disponível no endereço eletrônico, com atualização mensal e quadrimestral.
Ações executadas	BI HRDJSN - Endereço abaixo
STATUS	META REALIZADA

Bloco A

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYzIiOTJmNWYtMmI3YS00MzRjLWlyNTItMmU2Mzk2ZmU3NDc2liwidCI6IjM3NTY4YzIxLWVhYyYtNDJiNC05ZWE5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9>

Bloco B

[https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYTU5M2YwZmYtMGY1Ni00YTfmLWJiMmItOWQ4MzU4MjYxZWZlIiwidCI6IjM3NTY4YzIxLWVhYyYtNDJiNC05ZWE5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9](https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYTU5M2YwZmYtMGY1Ni00YTlmLWJiMmItOWQ4MzU4MjYxZWZlIiwidCI6IjM3NTY4YzIxLWVhYyYtNDJiNC05ZWE5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9)

Bloco C

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOGZiNzIiZmYtYjg5NS00ZTNmLTk2Y2ItNGUxODhjZjVhZDdliwidCI6IjM3NTY4YzIxLWVhYyYtNDJiNC05ZWE5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9>

n.º	Indicador
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 atas mensais de reunião da Comissão:</p> <p>B) instituir Protocolo de Prevenção e Controle da Disseminação do COVID-19;</p> <p>C) Vigilância e apresentação mensal e quadrimestral dos indicadores de monitoramento obrigatório da UTI, conforme Instrução Normativa n.4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA ou outra que venha substituí-la.</p>

A – Foram realizados as atas mensais da CCIRAS em funcionamento



REGIMENTO CCIH
ATUALIZADO EM 20



PORTARIA CCIH
MAIO 22.pdf



RELATORIO CCIH
JUNHO 222.pdf



PERFIL DE
SUCEPTIBILIDADE E I



ATA CCIH MES DE
JUNHO 22.pdf

B- Protocolo de Controle e Disseminação do COVID -19 devidamente implantado.



PROTOCOLO DE
ASSISTENCIAL AO P/



lista implantação



REGISTRO DE
TREINAMENTO ASSI:

C – Apresentado Mensalmente os indicadores da UTI e UTI COVID



TabularExecutiveln
dicatorICU.pdf



TabularExecutiveln
dicatorICU (1).pdf

Ações
executadas

Indicador	UTI geral 10 leitos	UTI COVID 20 leitos
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	0	0
Duração média da internação (dias)	5	8
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	58	51
Internações novas (n)	41	33
Mortalidade absoluta (nº de óbitos)	9	12
Mortalidade esperada SAPS 3 (%)	26	25
Mortalidade observada (%)	19	30
Numero de saídas da UTI - total de saídas (alta + óbito + transferências) (n)	45	33
Número de pacientes-dia (n)	240	271
Reinternações na UTI < 24 h (n)	0	0
SMR (mortalidade observada/esperada)	0,59	1,45
Taxa de ocupação (%)	80	45
Total de internações no período (n)	48	40

Taxa de mortalidade absoluta *	19	30
Taxa de mortalidade estimada - escore SAPS 3*	26	25
Taxa de utilização de VM (%)	43	36
Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	0	0
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)	53	46
Densidade de Incidência de Infecções do Trato urinário (ITU) e relacionada a cateter vesical	0	0
Taxa de Sondagem vesical de demora (SVD)	47	78
Fonte: Relatórios da Direção do HRDJSN – JUNHO/22, a UTI adulto tipo II conta com 10 leitos, todos em funcionamento. Relatórios da Direção do HRDJSN – JUNHO/22, a UTI COVID-19 conta com 20 leitos todos em funcionamento.		
STATUS	META REALIZADA	

n.º	Indicador
11	Funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): <ul style="list-style-type: none"> a) apresentar o Programa de Segurança do Paciente e atas de reunião mensal; b) implantação e monitoramento do Protocolo de Identificado do Paciente, com apresentação mensal de indicador; c) implantação e monitoramento do protocolo de cirurgia segura, com apresentação mensal do indicador; d) implantação e monitoramento do Protocolo de prescrição, uso e administração de medicamento, com apresentação mensal de indicador; e) implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de úlceras por pressão, com apresentação 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.
Ações Executadas	a) Sim, apresentado mensalmente nos relatórios juntamente com as atas - b- Sim, apresentado mensalmente nos relatórios c- Sim, apresentado mensalmente nos relatórios d- Sim, apresentado mensalmente nos relatórios e - Sim, apresentado mensalmente nos relatórios f - Sim, apresentado mensalmente nos relatórios

	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  PORTARIA INTERNA Nº 004 -2022 - NGQS </div> <div style="text-align: center;">  REGIMENTO INTERNO DO NGQSI </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  RELATORIO MENSAL DE ATIVIDADE </div> <div style="text-align: center;">  ATA DE REUNIÃO NGQSP COM CG </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">g – Sim, realizado as notificações de Eventos adversos, são realizadas as educações permanentes mensais referente aos eventos adversos, as educações permanentes estão anexadas no indicador 13</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  EVENTO ADVERSO COM DANO E PLANO </div> <div style="text-align: center;">  EVENTO ADVERSO + PLANO DE AÇÃO </div> <div style="text-align: center;">  EVENTO ADVERSO ISEM DANO DO MESE </div> <div style="text-align: center;">  EVENTO ADVERSO PLANO DE AÇÃO </div> </div>
STATUS	META REALIZADA

MONITORAMENTO DAS METAS DE SEGURANÇA PACTUADAS PARA 2022/2023

Meta	Ações	Concluído
Identificação	- Auditar, se pulseiras e impressoras estão sendo usadas para a correta identificação do paciente	SIM
	- Auditoria da adesão ao processo de identificação	SIM
	- Treinar equipe sobre o protocolo de identificação do paciente	SIM
		TOTAL 100%
Comunicação	-Realizar campanha institucional para o correto preenchimento dos prontuários – IN LOCO	NÃO
	Formulação do time multiprofissional para avaliação auditoria e resolução das notificações	SIM
	- Realizar a capacitação dos servidores nas temáticas Qualidade e Segurança do paciente	SIM
	- Implantar e formalizar instrumento referente as transferências internas de pacientes entre as unidades assistenciais, externas, e realização de exames	SIM

	- Implantação do instrumento de passagem de plantão (SBAR)	SIM
		TOTAL: 100%
Medicação	- Formulação do time de medicação segura com a equipe multiprofissional para treinamentos, auditorias e testagem de mudanças.	SIM
	Treinamento in loco sobre medicamentos de alta vigilância	PARCIAL
	- Retirar o estoque de qualquer MPP das unidades assistenciais	SIM
	- Realizar um teste piloto com a farmácia para a verificação e acompanhamento dos carrinhos de urgência e da geladeira de guarda de medicação, nas Unidades -	PARCIAL
	- Formalizar e implementar as diretrizes e procedimentos para a dupla checagem de eletrólitos concentrados	PARCIAL
	- Auditoria da dupla checagem nos prontuários	NÃO
		TOTAL 70%
Cirurgia Segura	- Formulação do time de cirurgia segura com a equipe multiprofissional para treinamentos, auditorias e testagem de mudanças.	Sim
	- Implantar a SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória)	SIM
	- Garantir a rastreabilidade do material consignados de órtese e prótese	PARCIAL
	- Implantar o time out de cirurgia segura em procedimentos eletivos - NO MOMENTO NÃO HÁ CIRURGIAS ELETIVAS, TIME OUT APLICADO NAS CIRURGIAS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	SIM
	- Elaborar e implantar o Termo Anestésico e Visita pré-anestésica	NÃO
	- Elaboração e disponibilização de indicadores de gestão a vista	SIM
		TOTAL 75%
Higienização das mãos	- Monitorar consumo de álcool em gel e sabonete junto com SCIH	SIM
	-Realizar campanha mundial de higienização de mãos junto ao SCIH	SIM
	- Disponibilizar informativos e placas com a técnica correta de higienização das mãos junto ao SCIH	SIM

	- Orientar os funcionários da unidade, ofertando educação continuada de infecções relacionadas a assistência à saúde, junto ao SCIH.	SIM
		TOTAL 100%
Quedas	- Realizar orientação aos pacientes e acompanhantes sobre o risco de quedas	PARCIAL
	- Estabelecer a avaliação de risco para quedas (Escala de Morse), nas admissões hospitalares e diariamente, em todas as unidades assistenciais	SIM
	- Monitorar os indicadores de risco de avaliação de queda mensalmente.	SIM
	- Instituir cuidado individual de acordo com o risco *AVALIAÇÃO RISCO MORSE, USO PULSEIRA LARANJA IDENTIFICAÇÃO DO RISCO *	PARCIAL
	-Inserir acordo de ida ao banheiro e ronda noturnos	NÃO
		TOTAL: 80%
Lesão por pressão	- Estabelecer a avaliação de risco para lesão por pressão (Escala de Braden), nas admissões hospitalares e diariamente, em todas as unidades assistenciais	SIM
	- Monitorar os indicadores de risco de avaliação de lesão por pressão mensalmente.	SIM
	- Instituir cuidado individual de acordo com o risco *AVALIAÇÃO DE RISCO BRADEN, GERENCIAMENTO DO RISCO DE ACORDO COM O SCORE DIARIO*	PARCIAL
	- Reavaliação da escala de Braden de acordo com a mudança do quadro clínico do paciente. Registro da reavaliação evidenciado em prontuário	NÃO
		TOTAL: 62,5%
Outras Metas	-Elaborar e divulgar o Protocolo e Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente para o ano vigente	SIM
	- Formalizar e implementar as diretrizes e procedimentos para a dupla checagem para Nutrição Enteral e Parenteral	PARCIAL
	- Compilar e divulgar os índices de eventos adversos	SIM
	- Realizar análise de causa Raiz dos Eventos Adverso e instituir plano de ação	SIM
		TOTAL: 87,5%

n.º	Indicador
12	Funcionamento a Comissão de revisão e Análise de óbito Hospitalar a) Constituição da Equipe com aprovação em regimento Interno; b) Rotina e protocolos para revisão, análise, notificação. Investigação e classificação do 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; c) Registro, monitoramento e vigilância dos indicadores de mortalidade institucional;
Ações Executadas	a- Equipe e regimento Interno apresentado b- Protocolos entregues c- Atas apresentadas <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  portaria comissão obito.pdf </div> <div style="text-align: center;">  REGIMENTO COMISSÃO DE ÓBITO </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  ATA COMISSÃO DE ÓBITO.pdf </div> <div style="text-align: center;">  ANALISE DE ÓBITO DE JUNHO.xls </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  ATA ÓBITO MATERNO E INFANT </div> <div style="text-align: center;">  ANÁLISE DE ÓBITO INFANTIL.xlsx </div> </div>
STATUS	META REALIZADA

n.º	Indicador
13	Programa de Educação Permanente (elaboração anual), que deve incluir minimamente os seguintes temas para funcionários relacionados á assistência: 1- medidas de prevenção, manejo e tratamento de casos suspeitos/confirmados de COVID 19, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde;; 2- Protocolos de Segurança do Paciente; 3- Higienização das mãos e uso correto dos EPI; a. Realizar no mínimo, uma capacitações das descritas acima por quadrimestre.

	b. Verificar o percentual de pessoal capacitado, relacionados á 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.
Ações executadas	Profissionais treinados no mês de junho <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  CONTROLE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE </div> <div style="text-align: center;">  PLANILHA DE CAPACITAÇÃO DIÁRIA </div> <div style="text-align: center;">  FOTOS DOS TREINAMENTOS DE </div> <div style="text-align: center;">  FICHAS DE TREINAMENTO DE JI </div> </div>
STATUS	META DE CUMPRIMENTO QUADRIMESTRAL

n.º	Indicador																																				
14	Cálculo e divulgação dos seguintes indicadores: A) índice de gravidade /Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI; B) Mortalidade geral da UTI com a mortalidade geral esperada, de acordo com o índice de gravidade utilizado; C) taxa de ocupação dos leitos por clinica e especialidade e UTI.																																				
Ações executadas	A) 'E B) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicador</th> <th>UTI geral</th> <th>UTI COVID</th> </tr> <tr> <th>10 leitos</th> <th>20 leitos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)</td> <td>58,05</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>Internações novas (n)</td> <td>41</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>Mortalidade absoluta (nº de óbitos)</td> <td>9</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Mortalidade esperada SAPS 3 (%)</td> <td>26</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Mortalidade observada (%)</td> <td>19</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Numero de saídas da UTI - total de saídas (alta + óbito + transferências) (n)</td> <td>45</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>SMR (mortalidade observada/esperada)</td> <td>0,59</td> <td>1,45</td> </tr> <tr> <td>Taxa de mortalidade absoluta *</td> <td>19</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Taxa de mortalidade estimada - escore SAPS 3*</td> <td>26</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: Relatórios da Direção do HRDJSN – JUNHO/22, a UTI adulto tipo II conta com 10 leitos, todos em funcionamento. Relatórios da Direção do HRDJSN – JUNHO/22, a UTI COVID-19 conta com 20 leitos todos em funcionamento.</p> C) TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS POR CLINICA E ESPECIALIDADE E UTI <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>jun/22</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 - GLOBAL</td> <td>79,6%</td> </tr> </tbody> </table>	Indicador	UTI geral	UTI COVID	10 leitos	20 leitos	Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	58,05	51	Internações novas (n)	41	33	Mortalidade absoluta (nº de óbitos)	9	12	Mortalidade esperada SAPS 3 (%)	26	25	Mortalidade observada (%)	19	30	Numero de saídas da UTI - total de saídas (alta + óbito + transferências) (n)	45	33	SMR (mortalidade observada/esperada)	0,59	1,45	Taxa de mortalidade absoluta *	19	30	Taxa de mortalidade estimada - escore SAPS 3*	26	25		jun/22	01 - GLOBAL	79,6%
Indicador	UTI geral		UTI COVID																																		
	10 leitos	20 leitos																																			
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	58,05	51																																			
Internações novas (n)	41	33																																			
Mortalidade absoluta (nº de óbitos)	9	12																																			
Mortalidade esperada SAPS 3 (%)	26	25																																			
Mortalidade observada (%)	19	30																																			
Numero de saídas da UTI - total de saídas (alta + óbito + transferências) (n)	45	33																																			
SMR (mortalidade observada/esperada)	0,59	1,45																																			
Taxa de mortalidade absoluta *	19	30																																			
Taxa de mortalidade estimada - escore SAPS 3*	26	25																																			
	jun/22																																				
01 - GLOBAL	79,6%																																				

	02 - CLINICA CIRURGICA	84,4%
	03 - CLINICA MEDICA	119,5%
	04 - CLINICA OBSTETRICA	72,9%
	05 - CLINICA PEDIATRICA	60,5%
	06 - CLINICA PSIQUIATRICA	3,3%
	07 - UTI	81,3%
	08 - UTI COVID	40,7%
TATUS	META REALIZADA	

4. METAS DE PRODUÇÃO

4.1 METAS DE PRODUÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE MÉDICA COMPLEXIDADE NA UNIDADE

Metas de produção-Leito/ especialidade	Meta Mensal	jun/22	% das Metas
Clínica médica	350	262	74,86%
Clínica cirúrgica - ortopedia e outras intern cirúrgicas	145	183	126,21%
Clínica gineco-obstétrica	140	168	120,00%
Clínica pediátrica	50	119	238,00%
Clínica Psiquiátrica	15	0	0,00%
TOTAL	700	732	104,57%

Fonte: PR



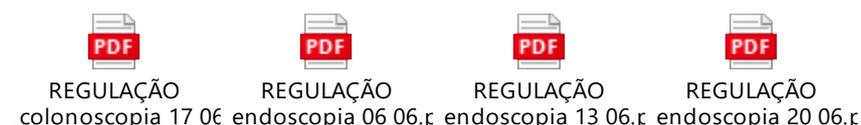
relação de internados.pdf

4.2 METAS DE PRODUÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDICA COMPLEXIDADE NA UNIDADE

Metas de produção-Leito/ especialidade	Meta Mensal	jun/22	% das Metas
Diagnóstico por laboratório clínico	3.600	6.134	170,39%
Diagnóstico por endoscopia/colonoscopia	200	107	53,50%
Diagnóstico por radiologia	1000	2.297	229,70%
Diagnóstico por tomografia – urgência	400	196	49,00%
Diagnóstico por ultrassonografia – urgência	240	36	15,00%
Método diagnóstico em especialidades (ECG)	200	316	158,00%
Consultas/atendimentos às urgências em geral	3.600	5.127	142,42%
Atendimento de urgência com observação até 24 h	600	186	31,00%
META	9.840	14.399	146,33%

Fonte: Movimento Diário

Em junho de 2022 foram abertas 246 vagas de endoscopia e 22 vagas de colonoscopia, sendo agendados 20 pacientes de colonoscopia e 146 pacientes de endoscopia pelo sistema de regulação CORE, conforme agendas abaixo:



O índice de perda primária de vagas foi de 38,0%.

O índice de absenteísmo foi de 57,0%

Foram realizados 115 exames; 94 endoscopias , 13 colonoscopias e 08 polipectomias

	DATA ATENDIMENTO	ENDOSCOPIA
1	01/06/2022	ANA CRISTINA BERGMANN DOS SANTOS
2	02/06/2022	ANTÔNIO FRANCISCO DA SILVA
3	02/06/2022	ANTÔNIO SIMPLICIO DA SILVA
4	02/06/2022	ESMERALDA OCAMPOS
5	02/06/2022	ISABEL RODRIGUES DA SILVA
6	02/06/2022	VILDE AGOSTINI MULINARI
7	03/06/2022	JAQUELINE FILOMENA BARBOSA CAETANO
8	03/06/2022	NILDO ALVES DOS SANTOS
9	03/06/2022	PAULO VALMIR MIRANDA
10	07/06/2022	ANTÔNIO MATIAS LEITE
11	07/06/2022	GLEIDE TELMA DE OLIVEIRA (POLIPECTOMIA)
12	07/06/2022	ROBSON DE LIMA MARTINS
13	08/06/2022	IZILDA DE OLIVEIRA
14	08/06/2022	JENY FERREIRA
15	08/06/2022	MARIA ANGELICA MELGAREJO CULZONI (POLIPECTOMIA)
16	09/06/2022	ELSA GONÇALVES MOREIRA
17	09/06/2022	JOSEFINA GRACYELLE GONZAGA ALEGRE
18	09/06/2022	KELLY DAIANE SCHISLER TENFEN
19	09/06/2022	LUCY KELY FARIAS MACHADO
20	10/06/2022	DINA LEOTERIO DE OLIVEIRA
21	10/06/2022	ELENIR DA SILVA ROSA
22	10/06/2022	ELISANDRO RAMON COLMAN
23	10/06/2022	IRENE MEURER DA SILVA
24	10/06/2022	MANOEL PEREIRA DE SOUZA
25	10/06/2022	MILTON SILVA
26	13/06/2022	JOÃO MARTINS DOS SANTOS
27	14/06/2022	ANA LUCIA DOS SANTOS TAVARES
28	14/06/2022	BAÍSILIO CABREIRA CARPES
29	14/06/2022	ILZA APARECIDA DOS SANTOS RIATO
30	14/06/2022	IROINA ROSA DA SILVA GUIMARÃES
31	14/06/2022	KATIA CRISTINA EVANGELISTA
32	14/06/2022	LUIZA DOS ANJOS SILVA MOURA

Relatório Técnico – Prestação de Contas: Hospital Dr. José de Simone Netto – Ponta Porã

INSTITUTO
ACQUA

33	14/06/2022	MARIA DE LURDES BARBOSA DE ARAÚJO
34	14/06/2022	MARILZA PROENÇA DOS SANTOS
35	14/06/2022	ROBERTO PONTES CORTES
36	14/06/2022	SUZANA DA SILVA
37	15/06/2022	ANTÔNIO CARLOS MOLAS
38	15/06/2022	CLEUZA FRÓES DE OLIVEIRA (POLIPECTOMIA)
39	15/06/2022	MARINA CONCEIÇÃO AQUINO
40	15/06/2022	SAMUEL GALBIATTI
41	15/06/2022	TAINARA GUILHERME MEDEIROS
42	17/06/2022	ADOLFO HEITOR RODRIGUES
43	17/06/2022	ALAIDE RODRIGUES PINTO
44	17/06/2022	EDER MIGUEL SOUZA
45	17/06/2022	PATRICIA IFRAM DE LIMA
46	17/06/2022	VERA LUCIA DA SILVA
47	17/06/2022	VERONILDA GONZAGA
48	20/06/2022	CARLOS VICTOR RODRIGUES ROS
49	20/06/2022	CINTIA BERGAMO DE SOUZA
50	20/06/2022	GUMERCINDA BOGADO
51	20/06/2022	JOANA APARECIDA DA SILVA
52	20/06/2022	LUCIENE GOMES SARAT
53	20/06/2022	MARIA APARECIDA ALVES DA SILVA
54	23/06/2022	ANA CRISTINA DA ROSA
55	23/06/2022	CHRISTIANO VIEIRA
56	23/06/2022	ENEUR NARDELI
57	23/06/2022	ENIR LOPES (POLIPECTOMIA)
58	23/06/2022	FLORINDO BRITO TOLOTTI
59	23/06/2022	IDALIA FAGUNDES DE LIMA
60	23/06/2022	PETRONA DUARTE
61	23/06/2022	ROSELIA CABANHA
62	24/06/2022	ANA PAULA DA PENHA
63	24/06/2022	LUZINETE PEREIRA DA SILVA
64	24/06/2022	MARCELO LEDESMA RIBEIRO
65	24/06/2022	MARIA MADALENA DE OLIVEIRA YAMAMOTO
66	24/06/2022	NATANI CARDOZO PRIETO
67	24/06/2022	RENATA DA SILVA
68	24/06/2022	SANDRA MARIA RIBEIRO (POLIPECTOMIA)
69	24/06/2022	SILVANA DE OLIVEIRA DE ALMEIDA
70	27/06/2022	ADRIANA SORILHA DA CUNHA
71	27/06/2022	BRUNA MEDICES VACARO
72	27/06/2022	CELIA ARRUA LARREA
73	27/06/2022	ELICEIA DOS SANTOS VILALBA
74	27/06/2022	JESSICA PEREIRA
75	27/06/2022	MARCIO DA SILVA GOMES
76	27/06/2022	MAYCON GONÇALVES RODRIGUES
77	27/06/2022	NISSSELMA FERREIRA MONTIEL
78	27/06/2022	TATIANE APARECIDA LOPES DE OLIVEIRA
79	27/06/2022	WILSON TEODORO DE ALMEIDA
80	28/06/2022	AMÉRICO RIBEIRO PINTO

81	28/06/2022	ANDRÉ LUCAS FAIO SOUSA
82	28/06/2022	ANTÔNIO MARCOS DA SILVA
83	28/06/2022	ANTÔNIO NUNES DE MOURA
84	28/06/2022	AVELINA SANCHEZ GONZALEZ (POLIPECTOMIA)
85	28/06/2022	MAURO CELSO MONTEIRO DOS SANTOS
86	28/06/2022	NATHALIE BERNEGOSI ALVES
87	29/06/2022	ADOLFO DE BAIRROS
88	29/06/2022	CRISTINA NASCIMENTO FERREIRA
89	29/06/2022	DÉBORA DE CARVALHO
90	29/06/2022	ELISÂNGELA DOS SANTOS VIEIRA
91	29/06/2022	IVONETE APARECIDA TOLFFO
92	29/06/2022	JOSEILDE DOS SANTOS ALMACENA
93	30/06/2022	HASSAN FARHAT
94	30/06/2022	ZEILA IFRAN

DATA ATENDIMENTO	COLONOSCOPIA
13/06/2022	AVENIR BLAN MARQUES (POLIPECTOMIA)
13/06/2022	ANA CLAUDIA GONÇALVES
13/06/2022	DENIZ MISSIO
21/06/2022	LAURIETE LOPES
21/06/2022	MARLENE PAETZOLD MARTINS
21/06/2022	LEIA VELASQUE
27/06/2022	KATIA FRANCIELI MORAES GOMES
27/06/2022	IRIS CRISTINA FIGUEIRA
27/06/2022	DEBORA DE OLIVEIRA SILVA
30/06/2022	CRISTIANE VERÍSSIMO DA SILVA (POLIPECTOMIA)
30/06/2022	CORNÉLIO FERNANDES
30/06/2022	LEONI TERESINHA WILDNER AQUINO
30/06/2022	MARCIA MARIA LENZ

	DATA ATENDIMENTO	POLIPECTOMIA
1	07/06/2022	GLEIDE TELMA DE OLIVEIRA
2	08/06/2022	MARIA ANGELICA MELGAREJO CULZONI
3	13/06/2022	AVENIR BLAN MARQUES
4	15/06/2022	CLEUZA FRÓES DE OLIVEIRA
5	23/06/2022	ENIR LOPES
6	24/06/2022	SANDRA MARIA RIBEIRO
7	28/06/2022	AVELINA SANCHEZ GONZALEZ
8	30/06/2022	CRISTIANE VERÍSSIMO DA SILVA

29 pacientes agendaram o procedimento e não compareceram e 30 pacientes não entraram em contato com a clínica GASTROCENTRO para agendar.



PACIENTES QUE
NÃO VEIO NO MÊS !

Vale ressaltar que as agendas de endoscopia / colonoscopia são reguladas pelo CORE / SESAU.

4.3 RELAÇÃO DE CPRES REALIZADAS

- JUNHO 2022 – realizadas – 07

01/06/2022 08:00	LEONTINA ALBINO DE SOUZA SCHIMITT
01/06/2022 09:00	LETICIA RODRIGUES FLEITAS
01/06/2022 10:00	LORENZO ESPINDOLA JUNIOR
03/06/2022 08:00	HILTON BOGADO
03/06/2022 09:00	APARECIDA IZABEL DA SILVA
10/06/2022 08:30	VILMA SANCHES
10/06/2022 10:00	VANESSA VADORA

Durante o mês de junho não houve a renovação do termo aditivo e as vagas cedidas foram as 07 restantes do contrato vigente.

5- CONCLUSÃO

O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto é referência para atendimento da população dos municípios da 11ª Região de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul: Amambai, Antônio João, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Paranhos, Ponta Porã, Sete Quedas e Tacuru, que juntos, perfazem uma população de 209.731 habitantes.

O hospital disponibiliza vários tipos de procedimentos cirúrgicos nas especialidades de Cirurgia Geral, Vascular, Ginecologia, Urologia e Ortopedia; atendimento em Clínica Geral, Clínica Ginecologia/Obstétrica e Clínica Pediátrica, além de atendimento de Unidade de Terapia Intensiva.

Possui um pronto Socorro 24 horas que realiza atendimentos de urgência e emergência 24 horas – clínico e maternidade.

Possui um Núcleo de Regulação que em consonância com o CORE, realiza agendamentos de consultas ambulatoriais, exames de USG, tomografias e cirurgias eletivas conforme especialidades listadas acima, os quais foram cancelados devido as ações voltadas ao Combate do COVID -19, somente sendo realizado os agendamentos de endoscopias/colonoscopias.

Informamos que o aparelho de tomografia está sendo adquirido pela SESAU e , após conclusão do processo de aquisição e instalação, as vagas ambulatoriais de tomografia serão reabertas para o CORE.

Ressaltamos que os indicadores apresentados nesse relatório são referentes a produção efetivamente realizada na competência de JUNHO/2022.

Ressaltamos que a baixa demanda de especialidades vem prejudicando o alcance das metas estabelecidas devido ao cancelamento das agendas para o combate da COVID 19, principalmente, nos casos cirúrgicos.

Com relação as metas qualitativas, das 14 metas estabelecidas, 12 das metas estabelecidas são passíveis de cumprimento mensal e 02 serão avaliadas no quadrimestre , totalizando 86% das metas cumpridas , na soma das pontuações totalizando 900 pontos ou seja houve o cumprimento de 90% das metas Qualitativas.

Com relação as metas de produção, tivemos :

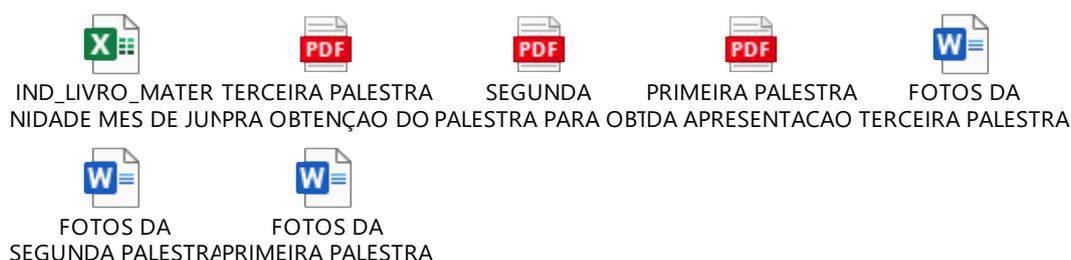
- alcance de 146,33% das metas pactuadas para o ambulatório, lembrando que , de acordo com o normativas emitidas pelo MS e SESMS todos os procedimentos e consultas ambulatoriais eletivas foram suspensas a partir de 20/03/2020.
- alcance de 104,57% das metas pactuadas para as internações (ENTRADAS) Lembrando que a avaliação quadrimestral será realizada a partir das AIH emitidas e aprovadas (SAÍDAS) cuja fonte de análise serão os relatórios do SIHD / TABWin

Ressaltamos que os indicadores apresentados nesse relatório são referentes a produção efetivamente realizada no período de 01 a 30 de JUNHO, e de acordo com a LEI Nº 14.400, DE 8 DE JULHO DE 2022 que Altera a Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020, para prorrogar 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) e garantir os repasses dos valores financeiros contratualizados em sua integralidade.

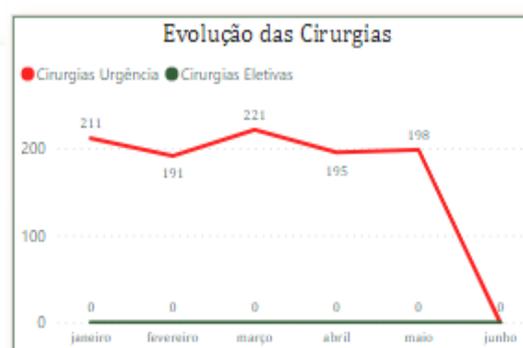
LETICIA CARNEIRO SILVA
DIRETORA GERAL

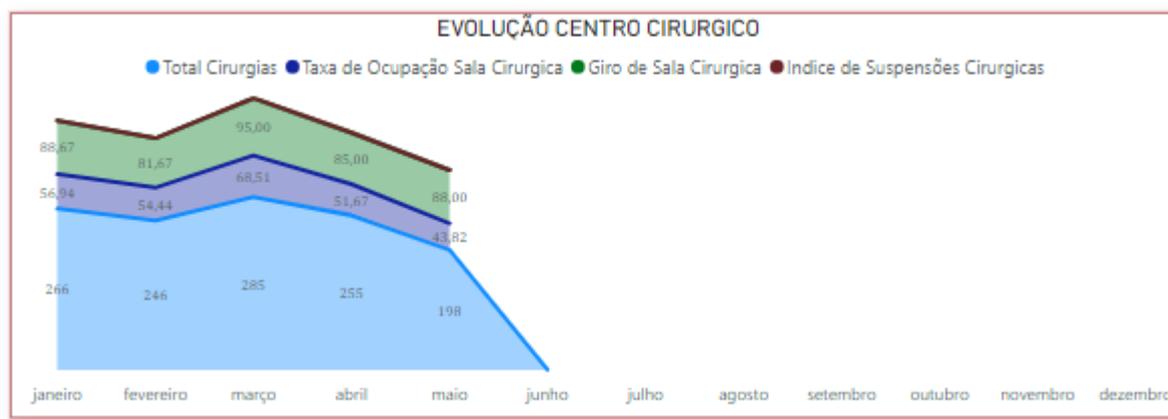
ANEXOS
ANEXO I – Censo Hospitalar

Clínica	Saídas (*)	Óbitos(**)	Admissões(***)	Pacientes dia	Leito/CNES	Dias avaliados	Leito/dia	Taxa de Ocupação	Média de Permanência (Dias) (****)
CIRURGICA	166	1	185	810	32	30	960	84.38%	4.88
MEDICA	278	10	259	1255	35	30	1050	119.52%	4.51
OBSTETRICA	172	0	169	372	17	30	510	72.94%	2.16
PEDIÁTRICA	114	1	118	345	19	30	570	60.53%	3.03
PSIQUIATRIA	1	0	1	2	4	30	120	1.67%	2.00
UTI	53	9	50	244	10	30	300	81.33%	4.60
UTI COVID	39	12	39	244	20	30	600	40.67%	6.26
TOTAL GERAL	823	33	821	3272	137	30	4110	79.61%	3.98

ANEXO II – Indicadores de Partos Realizados e da Rede Cegonha

ANEXO III – MOVIMENTO DE CENTRO CIRURGICO


Cirurgias Urgências	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	Total
CIRURGIAS ORTOPÉDICAS	95	76	109	88	92	92	0	552
CIRURGIA GERAL	53	55	59	62	40	31	0	300
CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	34	26	22	16	30	25	0	153
COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA - VIA ENDOSCÓPICA (CPRE)	18	14	15	18	16	7	0	88
CIRURGIA UROLÓGICA	9	9	9	7	7	7	0	48
CIRURGIA OTO-RINOLARINGOLOGIA	2	4	4	1	6	5	0	22
CIRURGIA BUCO-MAXILO	0	6	3	3	2	3	0	17
CIRURGIA VASCULAR	0	1	0	0	4	0	0	5
NEFROLOGIA	0	0	0	0	1	0	0	1
CIRURGIA ODONTOLÓGICA	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	211	191	221	195	198	170	0	1.186





ANEXO IV – OBITOS



ANEXO VI – EDUCAÇÃO CONTINUADA





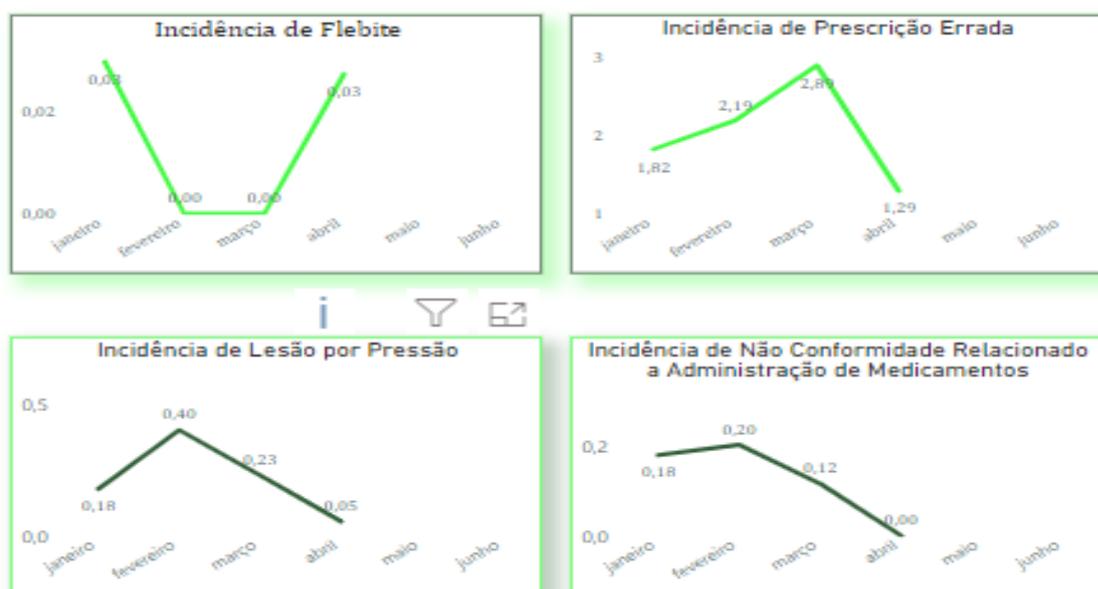
ANEXO VII – NSP



RELATORIO MENSAL DE ATIVIDADES INTERNAS DO NGQSI Nº 004 -2022 - NGQSEM DANO DO MESE PLANO DE AÇÃO E



EVENTO ADVERSO COM DANO E PLAN+ PLANO DE AÇÃO E





ANEXO VIII – NVE



VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA JL

ANEXO IX – CCIH



PERFIL DE
SUCEPTIBILIDADE E IMENSAL JUNHO 202



RELATÓRIO

RELATÓRIO CCIH JUNHO 2022.pdf



RELATORIO CCIH JUNHO 2022.pdf



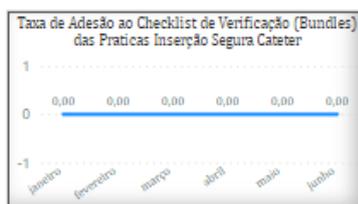
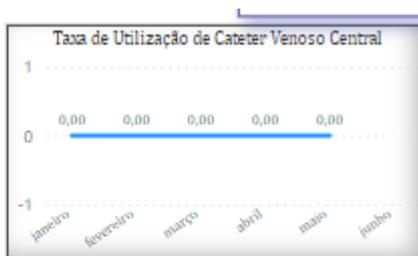
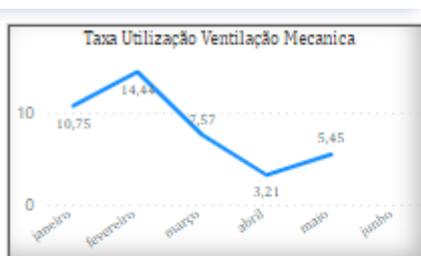
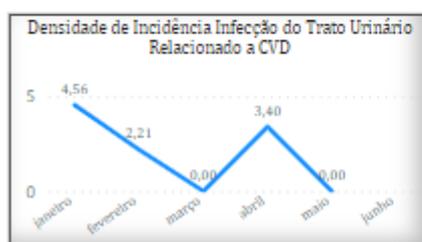
REGIMENTO CCIH ATUALIZADO EM 20



PORTARIA CCIH MAIO 22.pdf

Relatório Técnico – Prestação de Contas: Hospital Dr. José de Simone Netto – Ponta Porã

INSTITUTO
ACQUA



ANEXO X – ATAS



ATA 001_2022
camara técnica.pdf



scanner ata
aleitamento maio 20



ATA OBITO
2CMATERNO E INFANTDO



ATA DE REUNIÃO
NGQSP COM CG

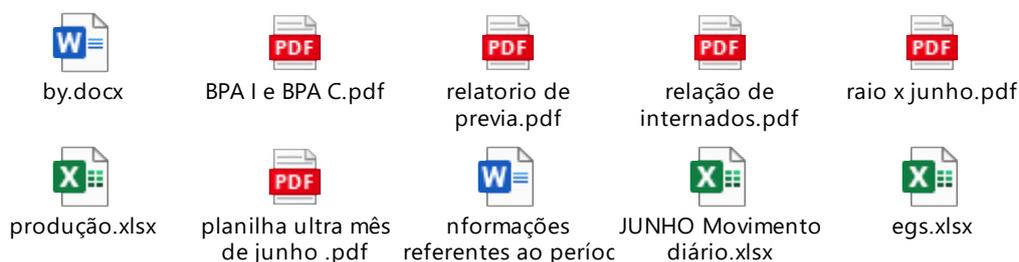


ATA COMISSÃO DE
OBITO.pdf



ATA CCIH JUNHO
2022.pdf

ANEXO XI – ESCALAS

ANEXO XII – FATURAMENTO APRESENTADO

ANEXO XIII – UTI

JUNHO	UTI GERAL	UTI SARG COVID-19
Indicadores Gerais	01/06/2022 A 30/06/2022	01/06/2022 A 30/06/2022
Total de internações na unidade no período (N)	48	40
Internações do período anterior (N)	7	7
Número total de saídas da unidade (altas+óbitos) (N)	45	33
Pacientes ainda internados ao final do período (N)	3	7
Reinternação na unidade no período (N)	2	3
Reinternação na unidade no período < 24h (N)	0	0
Número de Pacientes -Dia (N)	240	271
Taxa de ocupação na Unidade (%)	80,00%	45,17%
Duração média de internação (dias)	5,33	8,21
Óbitos absolutos (N)	9	12
Score de prognóstico SAPS 3		
SAPS 3 - Pontos	58,05	51,09
Probabilidade de óbito	34,01	24,99
Taxa de mortalidade padronizada (observada/esperada) SMR	0,59	1,45
Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS)		
Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)		
Total de dias de VM no período (N)	103	98
Total de episódios de PAV no período (N)	0	0
Taxa de utilização de VM (%)	42,92%	36,16%
Densidade de incidência no Período de PAV	0	0
Infecção do Trato Urinário (ITU)		
Total de dias de catéter vesical no período	113	213
Total de episódios de ITU (N)	0	0
Taxa de utilização de catéter vesical (%)	47,08%	78,60%

Infecção de Corrente Sanguínea (ICS)		
Total de dias de catéter venoso central no período (N)	128	126
Infecções primárias de corrente sanguínea confirmadas no laboratório (N)	0	0
Taxa de utilização de catéter venoso central (%)	53,33%	46,49%
Densidade de incidência no período de ICS	0	0

ANEXO XIV – ALMOXARIFADO – FARMACIA – OUVIDORIA – PESQUISA DE SATISFAÇÃO-PSICOLOGIA
ALMOXARIFADO-Entradas - SAÍDAS
OUVIDORIA E PESQUISA DE SATISFAÇÃO -

 Ouvidoria Ativa
 Relatório referente :PESQUISA - OUVIDO


06. PLANILHA DE



GRÁFICOS DE

PESQUISA DE SATISF

PSICOLOGIA e SERVIÇO SOCIAL

 Relatório 06 Junho
 2022 mail.pdf

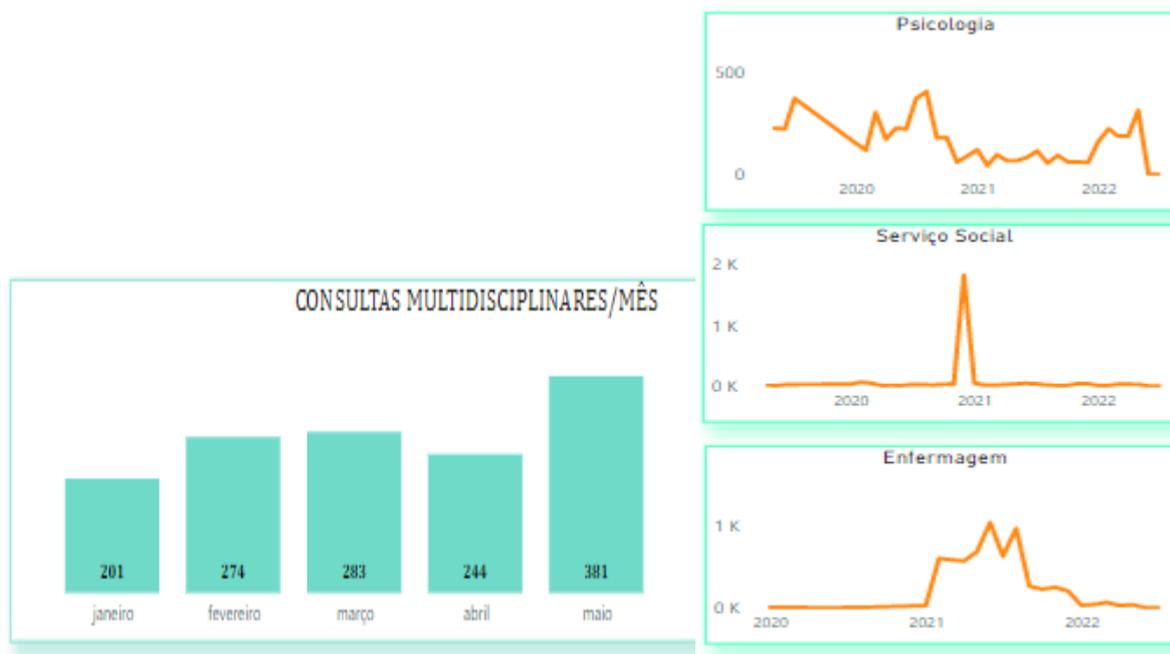
 01
 MULTIDISCIPLINAR.pr

 PRODUTIVIDADE
 ESCANER 06-2022.p

 2 PALESTRA
 06-2022.pdf

 2 MULTIDISCIPLINAR
 06-2022.pdf

 01 PALESTRA
 06-2022.pdf

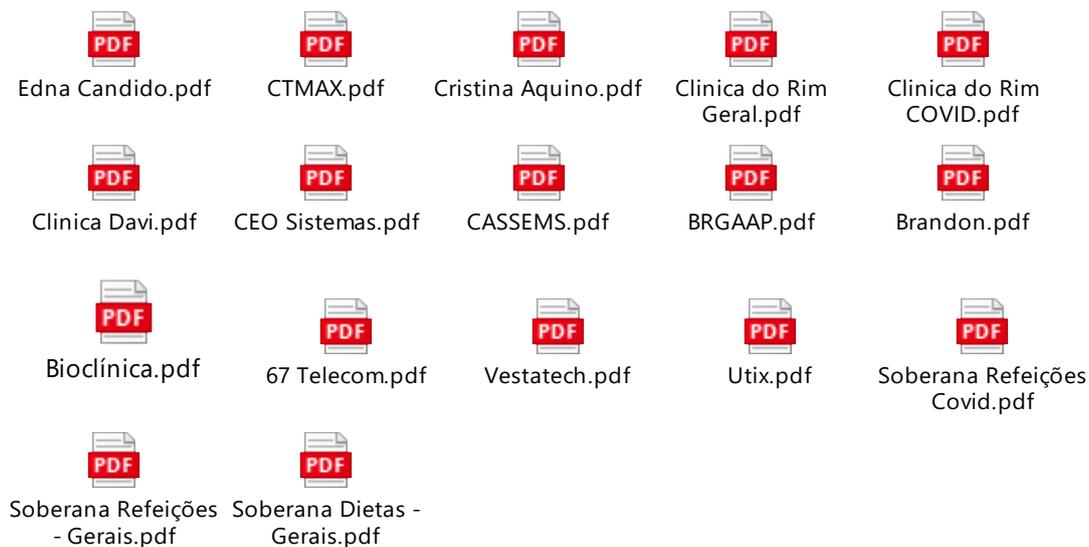


ANEXO XV– RELATÓRIOS EMPRESAS

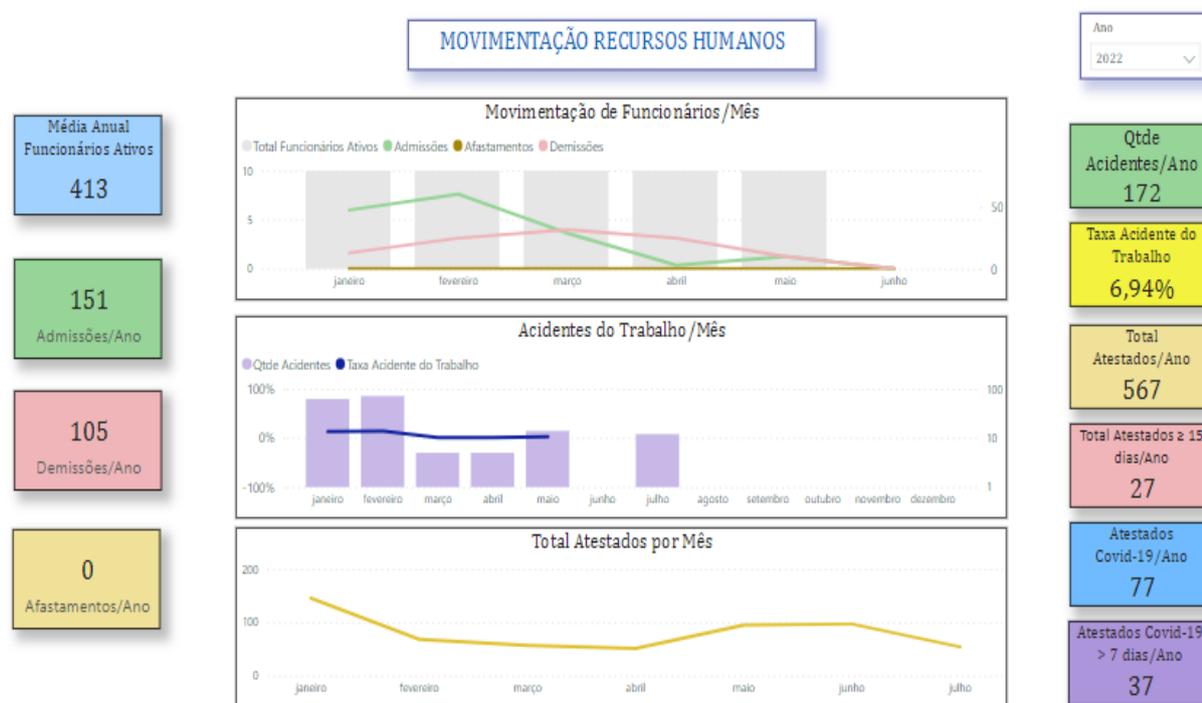
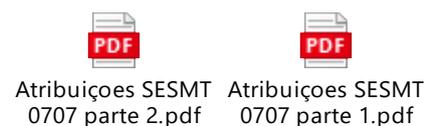
 Soberana Dietas - Covid.pdf	 Silva & Custódio.pdf	 Sieg Locação Veículo.pdf	 Sieg Locação de Veículo.pdf	 Sieg COVID.pdf
 SEF.pdf	 Sanagua.pdf	 Salute.pdf	 Renan Bruneto.pdf	 Radiation.pdf
 Primer Gestão.pdf	 PR Sistemas.pdf	 Oxymed.pdf	 Oxiporã.pdf	 Oxigênio Modelo.pdf
 MS Service.pdf	 MRS.G.pdf	 Medcal.pdf	 Marllon.pdf	 Luana do Prado Gil Duarte Pereira.pdf
 LAPAC.pdf	 L. Carneiro.pdf	 L&Medeiros.pdf	 Gastrocentro.pdf	 FJC Físio.pdf
 FJC Covid.pdf	 FGM Treinamentos.pdf	 FG Copiadoras.pdf	 Facilita Higienização.pdf	 EGS.pdf

Relatório Técnico – Prestação de Contas: Hospital Dr. José de Simone Netto – Ponta Porã

INSTITUTO
ACQUA



ANEXO XVI– SESMT



EGS

Relatório Técnico

Estado do Mato Grosso do Sul



ANEXO XVII – RELATÓRIO NIR



Relatório do mes
de junho 2022.xlsx



REGULAÇÃO
colonoscopia 17 06



REGULAÇÃO
endoscopia 20 06_



REGULAÇÃO
endoscopia 13 06_



REGULAÇÃO
endoscopia 06 06_

NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR

Ano

2022

85,30%

% Solicitações Aceitas -
Média Anual

74,54%

% Solicitações
Respondidas < 2 horas - ...

Núcleo Interno de Regulação - NIR	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	Total
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS ACEITAS	140	120	116	95	130	136	0	737
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS CONTATO DIRETO COM O HRD/SN	3	2	4	3	2	4	0	18
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS RECEBIDAS	175	139	140	144	104	162	0	864
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS REJEITADAS	82	77	88	105	200	205	0	757
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS RESPONDIDAS ≤ 2 HORAS	113	89	118	125	97	102	0	644
TOTAL DE VAGAS NÃO AUTORIZADAS MACRO	47	58	64	25	19	22	0	235
TOTAL DE VAGAS NÃO AUTORIZADAS MICRO	35	19	24	39	27	37	0	181
TOTAL DE VAGAS SOLICITADAS PARA ENCAMINHAMENTO ATRAVES DE CONTATO DIRETO OU COM OUTROS HOSPITAIS	2	4	5	3	0	0	0	14
TOTAL DE VAGAS ZERO ENCAMINHADAS	24	25	29	21	26	22	0	147
TOTAL DE VAGAS ZERO RECEBIDAS	26	15	21	29	25	34	0	150
Total	617	548	609	589	630	724	0	3.747

