

RELATÓRIO INFORMATIVO

Nº 4.029/2023

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 janeiro a abril de 2023)

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

Campo Grande - MS

julho/2023

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL E ÓRGÃO GESTOR

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.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

Secretário de Estado: Maurício Simões Côrrea

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 8/2023

Início do Exercício: 1º de abril de 2023

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.

DIREÇÃO DA UNIDADE E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DIRETOR GERAL

Nome: Leticia Carneiro Silva (a partir de 08/04/2022)

Ato de Nomeação: Contrato nº 04 de 2022

Início da vigência: 08/04/2022

E-mail: leticia.carneiro@institutoacqua.org.br

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

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

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Nome: Marllon Murilo Ramos Pereira Nunes (a partir de 08/04/2022)

Ato de Nomeação: Contrato nº 04-2022 de 08/04/22.

Início da vigência: 08/04/2022

E-mail: marlon.nunes@institutoacqua.org.br

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

Término da vigência: 08/03/2023

E-mail: gerenciaenfermagem.hrdjsn@institutoacqua.org.br

RESPONSÁVEL TÉCNICA DA ENFERMAGEM

Nome: Deborah de Souza Silva

COREN: 481756/MS

Ato de Nomeação: publicado em 08/03/2023

Vínculo de trabalho – CNPJ: 03.254.082/0009-46

Início da vigência: 09/03/2023 da responsabilidade

E-mail: gerenciaenfermagem.hrdjsn@institutoacqua.org

LISTA DE SIGLAS

ACQUA	Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BI	<i>Business Intelligence</i>
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/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIHD2/SUS	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo Aditivo

SUMÁRIO

1.	DESIGNAÇÃO.....	6
2.	EQUIPE.....	6
3.	INTRODUÇÃO.....	6
4.	MÉTODO.....	8
5.	DESENVOLVIMENTO.....	9
5.1	Produção Ambulatorial.....	9
	5.1.1 Considerações relacionadas à produção ambulatorial.....	12
5.2	Produção Hospitalar.....	13
	5.2.1 Considerações relacionadas à produção hospitalar.....	15
5.3	Avaliação das metas de Desempenho e Qualidade.....	19
	5.3.1 Considerações relacionadas à avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade.....	26
6	RESULTADO DA AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL.....	27
	Anexo I – Entrevistas.....	28
	Anexo II – Indicadores Rede Cegonha.....	32
	Anexo III – Avaliação Assistencial 2023.....	32

1. **DESIGNAÇÃO:** Comunicação Interna GCCG/SES nº 73, de 29 de junho de 2023.
2. **EQUIPE:** Renata Cardoso Pereira (matrícula nº 90133021) e Taiana Manvailier de Menezes (matrícula nº 431154023).
3. **INTRODUÇÃO**

O presente Relatório diz respeito sobre a 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), gerenciado 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 **janeiro a abril de 2023 (1º quadrimestre de 2023)**.

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 descreve em uma linha do tempo as principais alterações relativas a execução do CG nº 01/2020 no período avaliado.

Figura 1 – Linha do Tempo

CG 01/2020 - (11/02/2020) *

- 2
0
2
0
- 2
0
2
1
- 2
0
2
2
- 1° Termo Aditivo – 22/04/2020 - Alterações indicadores de desempenho e qualidade do CG.
2° Termo Aditivo – 22/05/2020 – Custeio de CPRE.
3° Termo Aditivo – 30/07/2020 – Implantar 10 leitos de UTI Covid 19 e 20 leitos de hospital de campanha.
4° Termo Aditivo – 21/10/2020 – Prorrogação/renovação do 1° e 3° TAs ao CG, desmobilização total do hospital de campanha, remanejamento de 40 leitos de internação clínica.
5° Termo Aditivo – 08/01/2021 – Custeio de CPRE ambulatorial e/ou hospital.
6° Termo Aditivo – 18/02/2021 – Prorrogação/renovação dos 1° e 3° TAs consolidado pelo 4° TA, disponibilizando 20 leitos UTI adulto Covid e 20 leitos de internação clínica Covid-19.
7° Termo Aditivo – 15/03/2021 – Implantação de mais 10 leitos de UTI.
8° Termo Aditivo – 16/07/2021 – Manutenção de 30 leitos de UTI adulto Covid-19, implantação de 4 novos leitos de internação clínica Covid-19, 10 novos leitos de UTI Adulto Covid-19 e aporte financeiro de 03 parcelas mensais fixas de R\$ 156.000,00 para custeio de pacientes-Covid internados em área verde.
9° Termo Aditivo – 16/07/2021 – Realização de CPRE diagnóstica e terapêutica.
10° Termo Aditivo – 14/10/2021 – Desmobilizar 20 leitos de UTI Adulto Covid-19.
11° Termo Aditivo – 20/10/2021 – Reajuste financeiro anual no percentual de 11,55% do valor inicial do CG 01/2020. *
12° Termo Aditivo – 22/10/2021 – Desmobilizar 10 leitos de UTI Adulto Covid e 14 leitos de CMR.
13° Termo Aditivo – 17/12/2021 – Continuidade de 10 leitos de UTI Adulto Covid e 10 leitos de CMR.
14° Termo Aditivo – 08/03/2022 – Implantar 10 novos leitos de UTI Adulto para casos suspeitos ou confirmados ao valor de 220/leito/dia. *
15° Termo Aditivo – 04/04/2022 – Aporte financeiro para o custeio do Projeto Opera MS.
16° Termo Aditivo – 04/04/2022 – Aporte financeiro de R\$ 1.540.261,00 para aquisição de tomógrafo. *
17° Termo Aditivo – 13/07/2022 - Manutenção de 10 leitos de UTI Adulto convencional valor de R\$ 2.500,00/leito/dia.*
18° Termo Aditivo – 13/07/2022 – Manutenção de 10 leitos de CMR no valor de 650/leito/dia.
19° Termo Aditivo – 13/07/2022 – Reajuste financeiro do CG em 11,3% no valor mensal.*
20° Termo Aditivo – 26/07/2022 – Custear CPRE diagnóstica e terapêutica.*
21° Termo Aditivo – 23/11/2022 – Manutenção de 10 leitos de CMR valor de 730/leito/dia.*

*** Termos Aditivos vigentes no período avaliado.**

4. MÉTODO

Para elaboração deste relatório foram analisados os seguintes documentos:

- A. Contrato de Gestão nº 01/2020 e Termos Aditivos;
- B. Relatórios Informativos da Equipe de Controle e Acompanhamento (ECA): nº 3.958/2023 (Competência janeiro/23), nº 3.976/2023 (Competência fevereiro/2023) nº 4.001/23 (Competência março/2023) e nº 4.003/23 (Competência abril /23).
- C. Relatórios mensais de Prestação de Contas da Organização Social de Saúde (OSS) (competências janeiro, fevereiro, março e abril), Relatório de Prestação de Contas da OSS do 1º Quadrimestre de 2023 e dados do Sistema *Business Information* do HRDJSN;
- D. Dados da planilha de monitoramento diário do HRDJSN;
- E. Tabulação da quantidade de atendimentos ambulatoriais e hospitalares apresentados, aprovados e rejeitados no SIA e SIHD2/SUS, no período avaliado disponíveis no sítio do DATASUS;

Ressalta-se que as internações relacionadas ao procedimento Colangeopancreatografia retrógrada (via endoscópica) ou Colangeopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica não serão considerados para efeitos de cumprimento de metas, pois possuem financiamento específico.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 Produção Ambulatorial

Tabela 1. Produção ambulatorial APROVADA, por tipo de atendimento, metas estabelecidas e cumprimento percentual, referente ao CG nº 01/2020 e Termos Aditivos no 1º quadrimestre de 2023.

TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL					Abr	Mar	Fev	Jan	METAL	METAL QUAD	PROD QUAD	CUMPRIMENTO %
	MENSAL	Jan	Fev	Mar	Abr								
Diagnóstico por laboratório clínico	2.500	6.813	5.091	5.253	5.381	10.000	22.538	225%					
Diagnóstico por endoscopia e colonoscopia	200	65	220	125	139	800	549	69%					
Diagnóstico por radiologia	1.000	1.843	1.234	979	1.310	4.000	5.366	134%					
Diagnóstico por tomografia - Urgência¹	150	126	98	153	174	600	551	92%					
Diagnóstico por tomografia - ambulatorial(acesso regulado)	250	111	79	229	142	1.000	561	56%					
Diagnóstico por ultrassonografia - Total	40	6	5	3	3	160	17	11%					
Diagnóstico por ultrassonografia - doppler (vascular)	60	19	17	32	25	240	93	39%					
Diagnóstico por ultrassonografia - vias urinárias e próstata	60	22	62	18	34	240	136	57%					
Diagnóstico por ultrassonografia - Abdomen e ginecológico	80	63	63	48	44	320	218	68%					
Método diagnóstico em Especialidades (ECG)	200	510	288	244	241	800	1.283	160%					
Consultas/atendimentos às urgências em geral	2.500	6.244	4.399	4.758	6.747	10.000	22.148	221%					
Atendimento de urgência com observação até 24 hs	600	65	357	573	460	2.400	1.455	61%					
Consulta em cirurgia geral	180	122	154	145	91	720	512	71%					
Consulta em cirurgia ginecológica	180	65	88	63	55	720	271	38%					
Consulta em cirurgia urológica	180	29	52	48	47	720	176	24%					
Consulta em cirurgia vascular	180	1	39	47	23	720	110	15%					
Consulta em cirurgia ortopédica	180	236	247	175	235	720	893	124%					
Consulta para avaliação de risco cirúrgico	200	37	53	46	52	800	188	24%					
TOTAL	8.740	16.377	12.546	12.939	15.203	34.960	57.065	163%					

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, por meio 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 do CG nº 01/2020 e termos aditivos, segundo motivos de glosa no 1º quadrimestre de 2023.

Tipo de atendimento	CBO e									
	Sem CNS do Paciente	Fora da competência	Sem informação do procedimento na planilha	Sem prof não cadastrado no CNES ou não cadastrado	Informação insuficiente/ diagnóstico e/ou CID	Cobrança em duplicidade	Sem incidência radiográfica	Demais motivos	Total	
Diagnóstico por laboratório clínico	412	0	517	5	0	17	0	0	951	
Diagnóstico por radiologia	202	0	55	4	0	20	75	112	468	
Diagnóstico por tomografia	46	0	0	0	0	1	0	0	47	
Diagnóstico por ultrassonografia	10	0	0	1	0	0	0	0	11	
Diagnóstico por endoscopia e colonoscopia	8	0	46	0	0	0	0	0	54	
Eletrocardiograma	39	0	2	0	0	0	0	0	41	
Consulta médica em atenção especializada	17	1	0	78	113	0	0	2	211	
Atendimento em urgência em atenção especializada	481	0	52	7	145	48	0	24	757	
Consulta /atendimento em urgência com obs até 24 h	0	0	0	0	602	3	0	294	899	
*Outros procedimentos não vinculados a meta	725	1	13	2.074	303	131	0	106	3.353	
Total procedimentos vinculados as metas	1.215	1	672	95	860	89	75	432	3.439	

Fonte: Relatórios Informativos da Equipe de Controle e Acompanhamento.

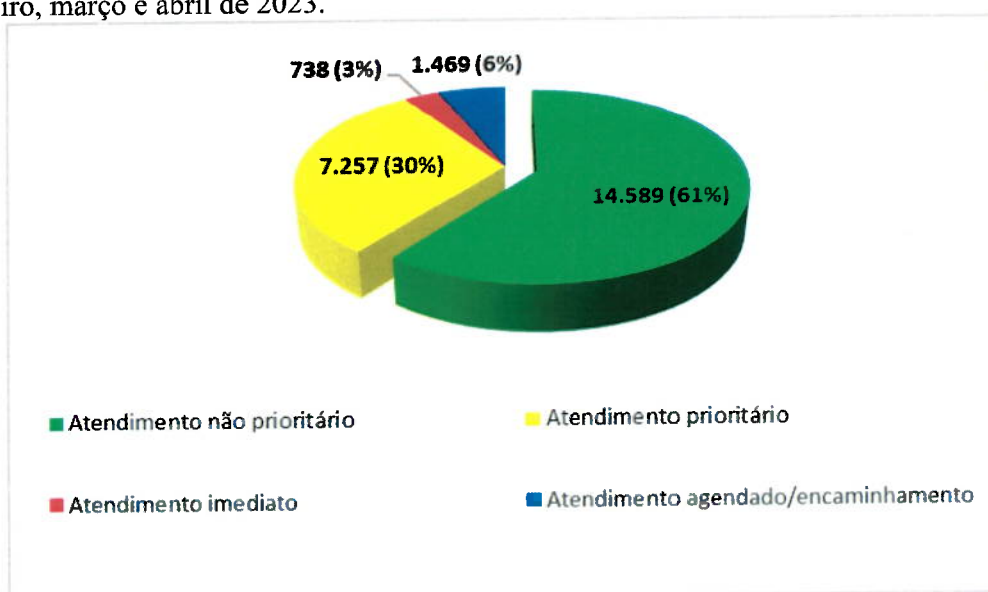
*Outros procedimentos não vinculados às metas do CG nº01/2020.

Tabela 3. Produção ambulatorial APROVADA não vinculada às metas do CG nº 01/2020 e Termos Aditivos, por mês de processamento, 1º quadrimestre de 2023.

Procedimentos realizados	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	Total
Atividade educativa/orientação em grupo	22	0	0	0	22
Tococardiografia ante-parto	104	36	46	43	229
Avaliação auditiva comportamental	139	151	113	92	495
Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha)	128	119	101	75	423
Exames pré-transfusionais I	8	4	6	3	21
Exames pré-transfusionais II	8	4	6	3	21
Histoquímica p identificação de hepatite C	1	0	0	0	1
Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV	1	0	0	0	1
Teste rápido para detecção para infecção de hepatite C	7	0	0	0	7
Teste rápido para dengue IGG/IGM	9	4	0	0	13
Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	476	260	294	217	1.247
Consulta médica em atenção primária	0	2	0	0	2
Atendimento ortopédico com imobilização provisória	9	2	0	0	11
Acolhimento com classificação de risco	5.345	3.849	4.599	5.695	19.488
Administração de medicamentos na atenção especializada.	3.292	954	1.063	2.139	7.448
Cateterismo vesical de alívio	2	0	0	0	2
Cateterismo vesical de demora	6	3	1	0	10
Inalação / nebulização	6	0	5	0	11
Sondagem gástrica	1	0	0	0	1
Curativo simples	10	2	2	0	14
Sangria terapêutica	4	3	10	10	27
Transusão de concentrado de hcmácias	8	4	6	3	21
Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa	198	87	66	56	407
Total	9.784	5.484	6.318	8.336	29.922

Fonte: Dados extraídos do SIA/SUS em 06/07/2023.

Gráfico 1. Quantidade e percentual de consultas e atendimentos às urgências e emergências realizadas no HRDJSN segundo as categorias de classificação de risco nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril de 2023.



Fonte: Painel de Indicadores do Sistema PR – Bloco A dados extraídos em 03/07/23.

Segundo o Painel de Indicadores do Sistema PR, as categorias de CID-10 mais atendidas na urgência/emergência do HRDJSN, no 1º quadrimestre de 2023 foram: dengue clássica, influenza com outras manifestações respiratórias, dor pélvica/perineal, diarreia/gastroenterite infecciosa e febre não especificada. Sendo a faixa etária mais atendida a de menores de 4 anos, de jovens de 20 a 24 anos e de idosos acima de 60 anos.

5.1.1 Considerações relacionadas à produção ambulatorial

O HRDJSN alcançou **163%** em relação a meta de produção ambulatorial estabelecida para o 1º quadrimestre de 2023, sendo o mínimo exigido igual ou superior a 90%, portanto **meta alcançada**.

O cumprimento acima da meta está relacionado principalmente ao aumento da produção de exames laboratoriais, consultas/ atendimento às urgências em geral, ECG, Raio-X e Consultas em cirurgias ortopédicas.

Ademais, ressaltamos que o primeiro quadrimestre houve um aumento significativo no atendimento de casos de dengue.

Cabe destacar que, o HRDJSN não alcançou a meta de produção nas demais consultas de especialidades cirúrgicas, nem dos exames de apoio diagnóstico de maior complexidade, tais como: USG, tomografia e endoscopia/colonoscopia.

Foram glosados 3.439 procedimentos ambulatoriais vinculados às metas, o que representa 6% da produção aprovada no quadrimestre. Os principais motivos de glosas foram: sem o CNS do paciente, sem diagnóstico e/ou CID e sem informação do procedimento na planilha.

Em relação ao Gráfico 1, 67% dos atendimentos realizados no Pronto Atendimento do HRDJSN são classificados na cor verde e azul, o que infere que estes atendimentos requerem menor densidade tecnológica, ou seja, poderiam ser realizados na rede de atenção básica do município de residência do paciente. Sobre a produção aprovada não vinculada às metas do CG nº 01/2020 e demais Termos Aditivos, os procedimentos mais realizados foram: acolhimento com classificação de risco e administração de medicamentos, procedimentos meio que estão incluídos no processo de trabalho do Pronto Atendimento.

5.2 Produção Hospitalar

Tabela 4. Produção hospitalar APROVADA por leito/especialidade, metas estabelecidas e cumprimento percentual, metas do CG nº 01/2020 e Termos Aditivos, 1º quadrimestre de 2023.

Leitos/especialidade	Meta					Produção Quad	Meta Quad	Cumprimento (%)
	Mensal	Jan	Fev	Mar	Abr			
Clínica Médica	210	154	200	233	212	799	840	95%
Clínica cirúrgica - ortopedia e outros ¹	145	73	144	108	161	486	580	84%
Cirurgia geral- eletiva	30	40	8	36	24	108	120	90%
Cirurgia ginecologia- eletiva	30	11	7	9	24	51	120	43%
Cirurgia urológica- eletiva	30	10	2	16	6	34	120	28%
Cirurgia vascular- eletiva	30	2	3	8	1	14	120	12%
Cirurgia ortopédica- eletiva	20	20	6	36	6	68	80	85%
Clínico ginéco-obstétrico	140	185	242	202	106	735	560	131%
Clínica pediátrica	50	75	76	65	84	300	200	150%
Clínica psiquiátrica	15	7	3	6	5	21	60	35%
Total	700	577	691	719	629	2616	2800	93%

Fonte: Dados extraídos do SIHD2/SUS em 05/07/2023

¹ A produção aprovada não contempla as internações por CPRE.

Dos 761 procedimentos cirúrgicos realizados no período, as mais prevalentes foram: colecistectomias, retirada de pinos, hernioplastias e tratamentos de fratura.

Em relação aos atendimentos relacionados a CPRE, foram aprovados 64 atendimentos no período analisado, os quais estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5. Produção ambulatorial/hospitalar de CPRE APROVADAS nos sistemas de informação SIA/SIHD2/SUS, HRDJSN, 1º quadrimestre 2023.

Procedimentos realizados	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Colangiopancreatografia retrógrada terapêutica	16	7	17	24	64
Colangiopancreatografia retrógrada diagnóstica	0	0	0	0	0
Total	16	7	17	24	64

Fonte: Dados extraídos do SIA/SIHD2/SUS em 14/06/2023.

Tabela 6. Produção hospitalar GLOSADA por leito/especialidade, vinculada as metas do CG nº 01/2020 e Termos Aditivos por mês de processamento, HRDJSN, 1º quadrimestre de 2023.

Leito/Especialidade	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Cirúrgicos*	5	1	5	15	26
Obstétricos	3	0	1	3	7
Clínicos	3	0	3	5	11
Pediátricos	2	1	10	1	14
Total	13	2	19	24	58

Fonte: Dados extraídos do SIHD2/SUS em 03/07/2023.

*Das 58 AIHs glosadas 02 são de CPRE.

Tabela 7. Motivos de BLOQUEIO das AIH Rejeitadas, HRDJSN, 1º quadrimestre de 2023.

Motivo bloqueio	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Não especificado	15	6	1	0	22
Duplicidade	4	0	0	0	4
Solicitação de liberação	5	0	0	0	5
Dupl. Reinternação, mesmo CID<3 dias	0	0	0	1	1
Não autorizado para realizar procedimento	0	0	3	2	5
Permanência a menor injustificada	0	1	0	0	1
Para auditoria no prontuário	0	0	2	3	5
Outros motivos	0	3	2	10	15
Total	24	10	8	16	58

Fonte: Dados extraídos do SIHD2/SUS em 14/06/2023.

No Quadro 1 é apresentado a taxa de ocupação hospitalar do primeiro quadrimestre de 2023.

Quadro 1. Taxa de ocupação do HRDJSN por leito/especialidade, HRDJSN, 1º quadrimestre de 2023.

Leitos/Especialidades	Jan	Fev	Mar	Abr
Clínica médica (38 leitos)	57%	68%	112%	142%
Clínica cirúrgica (32 leitos)	69%	67%	71%	64%
Psiquiatria (4 leitos)	3%	1%	1%	0%
Gineco-obstetrícia (17 leitos)	85%	96%	91%	87%
Pediatria (16 leitos)	42%	55%	78%	100%
Taxa de ocupação UTIs				
UTI Geral A (10 leitos)	76%	66%	90%	90%
UTI B (10 leitos)	87%	73%	108%	91%
Hospital Geral (127 leitos) até 28/02/2023 após 117 leitos	64%	68%	87%	93%

Obs: Os leitos de CM permaneceram com 38 leitos até dia 28/02/2023 conforme vigência do 21º TA.

Fonte: Planilha de monitoramento diário/Relatório de PC do HRDJSN.

Em relação ao 1º quadrimestre de 2023, nota-se que a taxa de ocupação geral teve alta somente nos meses de março e abril. Ademais, a taxa de ocupação da psiquiatria teve uma acentuação na queda em relação ao quadrimestre anterior.

Tabela 8. Produção hospitalar aprovada, por leito de psiquiatria, no 1º quadrimestre de 2023 do HRDJSN distribuída por Município de residência do paciente.

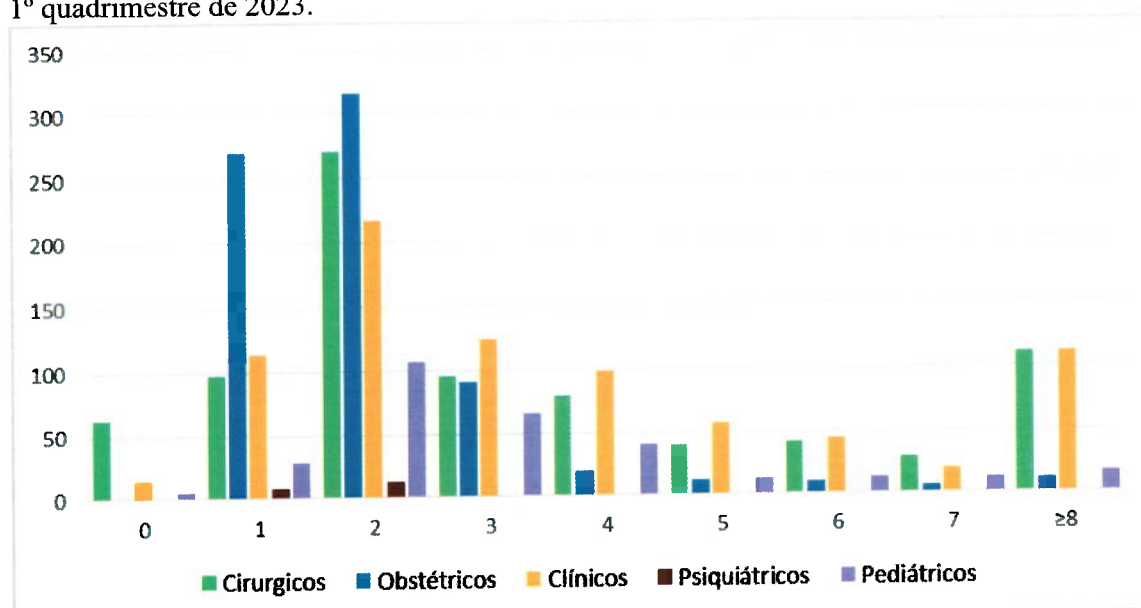
Município de Residência	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	Total
Ponta Porã	7	3	6	5	21
Total	7	3	6	5	21

Fonte: Dados extraídos do SIHD2/SUS em 15/06/2023.

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, por meio 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.

Segundo levantamento, 3 pacientes residentes na microrregião de Ponta Porã foram internados em leitos de psiquiatria no município de Campo Grande, 2 no município de Dourados e 4 no município de Paranaíba.

Gráfico 2. Dias de Permanência, por leito/especialidade dos pacientes assistidos no HRDJSN, no 1º quadrimestre de 2023.



Fonte: Dados extraídos do SIHD2/SUS em 15/06/2023.

Das 2.680 internações aprovadas realizadas e relacionadas às metas no HRDJSN, 2.117 (79%) são de pacientes residentes no município de Ponta Porã, 429 (16%) fazem são de pacientes residentes de outros municípios da microrregião de Ponta Porã e 134 (5%) são residentes de outros municípios de MS ou de outros estados da federação.

5.2.1 Considerações relacionadas à produção hospitalar

O HRDJSN teve um alcance de **93%** em relação à meta de produção hospitalar estabelecida para o 1º quadrimestre de 2023, o CG 01/2020 estabelece um alcance mínimo de 90% da produção do período, portanto a unidade **alcançou a meta**.

Além da produção apresentada, o HRDJSN realizou 64 internações de CPRE. Outrossim, reiteramos que esta produção não foi considerada para efeitos de avaliação de cumprimento de metas visto que seu financiamento é diferenciado, o sendo por produção.

As especialidades de pediatria e gineco-obstétrica superaram a meta proposta, já as especialidades de cirurgias eletivas não alcançaram o mínimo estabelecido, exceto a cirurgia geral eletiva.

O Perfil Assistencial do HRDJSN é 58% clínico e 42% cirúrgico, sendo que do total das internações, 21% são partos (normal/cesária).

A psiquiatria foi a especialidade de pior desempenho, alcançou 35% da meta estabelecida (apenas 21 AIHs aprovadas), o que pode estar relacionado a dificuldades de adesão/implantação do protocolo instituído para acolhimento do grupo de pessoas com transtornos mentais e uso de álcool e drogas, ausência de profissional especialista em psiquiatria cadastrado no CNES da instituição e/ou problemas de regulação, fato já evidenciado nos Relatórios de Avaliação de quadrimestres anteriores. Cabe destacar que 9 pacientes residentes na microrregião de Ponta Porã foram internados em leitos de psiquiatria em hospitais de outras microrregiões, isso corresponde a 30% das internações psiquiátricas de residentes.

Ademais, cabe ressaltar que a taxa de produção de cirurgias eletivas foi de 49% das metas. Destaca-se como menor desempenho as cirurgias vasculares com 12% de produção.

Acerca dos dias de permanência (Gráfico 2), nota-se que a clínica cirúrgica, clínica médica e obstetrícia têm prevalência de 2 dias de internação. A média de permanência das AIH aprovadas no período foi de 3,9 dias na clínica cirúrgica (superior ao quadrimestre anterior que foi de 3,3 dias), 2,2 dias na clínica obstétrica (superior ao quadrimestre anterior que foi de 2 dias), 4,3 dias na clínica médica (superior ao quadrimestre anterior que foi de 3,8 dias), 1,7 dias na psiquiatria (inferior ao quadrimestre anterior que foi de 2 dias) e 3,3 dias na pediatria (superior ao quadrimestre anterior que foi de 2,9 dias). Os dados acima demonstram que de forma geral houve um aumento do tempo de permanência, o que acarreta um aumento da taxa de ocupação, diminuição do giro de leito, mas que não necessariamente reflete em um aumento da produção, podendo estar relacionado a uma má gestão dos leitos hospitalares.

Quadro 2. Indicadores da UTI Geral do HRDJSN, no 1º quadrimestre de 2023.

INDICADOR – UTIA	Meta	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6	4,38	0	0	0
Duração média da internação (dias)	7 dias	4	4	5,6	5
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)		45	45	52	55
Internações novas (n)	35	58	49	52	50
Mortalidade absoluta (nº de óbitos)		4	4	4	8
Mortalidade esperada SAPS 3 (%)		20%	18%	22%	20%
Mortalidade observada (%)		6%	7%	12%	14%
Numero de saídas da UTI- total de saídas (alta + óbito + transferências) (n)	35	57	49	50	50
Número de pacientes-dia (n)	150	237	185	280	269
Reinternações na UTI < 24 h (n)	0	0	0	1	0
SMR (mortalidade observada/esperada)	< 1,0	0,44	0,53	0,56	0,55
Taxa de ocupação (%)	75%	76%	66%	90%	90%
Total de internações no período (n)	40	64	56	59	59
Taxa de mortalidade absoluta		6	7	7	14
Taxa de mortalidade estimada - escore SAPS 3		20	18	22	20
Taxa de utilização de VM (%)		14%	6%	67%	37%
Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central		0	0	0	0
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)		49%	31%	39%	45%
Densidade de Incidência de Infecções do Trato urinário (ITU) e relacionada a cateter vesical		0	0	0	3,7
Taxa de Sondagem vesical de demora (SVD)		66%	56%	67%	69%

Fonte: Relatório quadrimestral de prestação de contas do HRDJSN. Competências janeiro a abril de 2023.

Quadro 3. Indicadores da UTI adulto (B) do HRDJSN, no 1º quadrimestre de 2023.

INDICADOR – UTI B	Meta	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6	0	0	2,9	0
Duração média da internação (dias)	7 dias	7	5	8	8
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)		51	51	46	58
Internações novas (n)	35	40	36	43	36
Mortalidade absoluta (nº de óbitos)		8	11	8	7
Mortalidade esperada SAPS 3 (%)		19%	20%	12%	18%
Mortalidade observada (%)		7%	24%	16%	15%
Numero de saídas da UTI- total de saídas (alta + óbito + transferências) (n)	35	39	38	40	36
Número de pacientes-dia (n)	150	270	205	335	273
Reinternações na UTI < 24 h (n)	0	1	0	0	0
SMR (mortalidade observada/esperada)	< 1,0	0,86	1,06	1,33	0,61
Taxa de ocupação (%)	75%	87%	73%	108%	91%
Total de internações no período (n)		48	45	51	46
Taxa de mortalidade absoluta	40	17	24	16	15
Taxa de mortalidade estimada - escore SAPS 3		19	20	12	18
Taxa de utilização de VM (%)		25%	13%	36%	40%
Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguinea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central		0	0	2,9	0
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)		41%	47%	52%	62%
Densidade de Incidência de Infecções do Trato urinário (ITU) e relacionada a cateter vesical		0	4,08	0	0
Taxa de Sondagem vesical de demora (SVD)		63%	50%	65%	53%

Fonte: Relatório quadrimestral de prestação de contas do HRDJSN. Competências janeiro a abril de 2023.

5.3 Avaliação das metas de Desempenho e Qualidade

Quadro 4. Pontuação atribuída pelo Setor de Monitoramento e Avaliação Assistencial/GCCG frente aos indicadores de desempenho e qualidade estabelecidos no CG nº 01/2020 e Termos Aditivos, nos meses de janeiro a abril/2023.

INDICADORES DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE																	
Nº	Indicadores	Ações executadas															
01	Redução da taxa de cesariana.	Taxa de cesárea por quadrimestre. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>3º QD 2022</th> <th>1º QD 2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PN</td> <td>297</td> <td>321</td> </tr> <tr> <td>PC</td> <td>177</td> <td>245</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>474</td> <td>566</td> </tr> <tr> <td>Tx cesárea</td> <td>37,34%</td> <td>43,28%</td> </tr> </tbody> </table>		3º QD 2022	1º QD 2023	PN	297	321	PC	177	245	Total	474	566	Tx cesárea	37,34%	43,28%
	3º QD 2022	1º QD 2023															
PN	297	321															
PC	177	245															
Total	474	566															
Tx cesárea	37,34%	43,28%															
Pontuação esperada = 50		Pontuação alcançada = 00															
02	Assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva: Disponibilidade serviço de esterilização (laqueadura e/ou vasectomia) em funcionamento de acordo com a Lei Federal nº 9.263, de 12/01/96, Lei Estadual nº 2.497, de 31/07/2002 e Portaria SAS-MS nº 48, de 11/02/99. Considerar meta cumprida desde que o hospital habilitado comprove o atendimento dos seguintes critérios: <ol style="list-style-type: none"> Manutenção de agenda regular no Sistema Informatizado de Regulação CORE para consultas de pré e pós-operatório e para cirurgias de laqueadura e vasectomia; Apresentação e comprovação da disponibilidade da equipe médica contratada para realização dos atendimentos supracitados, em conformidade com a agenda registrada no Sistema Informatizado de Regulação; Contratação e disponibilidade de agenda e rotina para que ginecologistas e/ou enfermeiros obstetras realizem inserção do DIU pós-parto; Registro dos atendimentos supracitados no SIA e SIHD/SUS mensalmente. 	a) O HRDJSN manteve agenda aberta, regulada pelo CORE. b) Houve aprovação de 14 laqueaduras no período e 03 vasectomias. c) O Relatório da ECA relata que foi verificado o registro da inserção de DIU pós-parto em 15 puérperas no quadrimestre. Cabe ressaltar que no mês de março/23 não houve inserção de DIU devido a falta do dispositivo no município de Ponta Porã. d) No sistema tabwin temos o registro de 01 parto com laqueadura, nenhum registro de inserção de DIU pós-parto, 13 registros de laqueaduras e 03 registros de vasectomia. Cabe ressaltar que no sistema tabwin não há registro de inserção de DIU no quadrimestre, com informações da ECA de alta do dispositivo no município, em março/2023.															
Pontuação esperada = 50		Pontuação alcançada = 50															
03	Comprovação do incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, em pelo menos 90% dos recém-nascidos na instituição.	No período avaliado o HRDJSN realizou 566 partos, de acordo com o Relatório de PC do 1º quadrimestre/2023, sendo que 535 RN foram amamentados na 1ª hora de vida. Portanto, a Taxa de incentivo ao															

		aleitamento materno na primeira hora de vida foi de 94,5%.
Pontuação esperada = 50		Pontuação alcançada = 50
04	Política de Saúde da Criança: comprovação de encaminhamento com referência (consulta agendada na atenção primária) para todas as crianças, inclusive neonatos, na alta hospitalar.	De acordo com a reunião realizada dia 26/07/22 com a equipe da Coordenação Municipal de Saúde de Ponta Porã ficou estabelecido que seria utilizada uma estratégia para que a Criança possa sair de alta hospitalar com agendamento na rede. Porém, o encaminhamento não é realizado na Pediatria. Conforme consta planilha da maternidade foram encaminhadas 566 puérperas e seus RNs no quadrimestre. No entanto, as crianças de alta da pediatria não saem com encaminhamento para a rede.
Pontuação esperada = 50		Pontuação alcançada = 50
05	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) O HRDJSN possui acolhimento com classificação de risco adulto, pediátrico e obstétrico. Cumprido, com próxima revisão em 10/06/2023. b) Protocolos já implantados anteriormente: Atendimento ao Trauma, IVAS, Apendicite e crise hipertensiva na gravidez, com revisão programada para março de 2024. Em 10/06/22 foi implantado o Protocolo de Influenza elaborado em 03/06/22, com data prevista para revisão em 03/06/24. Em 17/07/22 foi implantado o Protocolo de Dor Torácica e abdominal elaborado em 13/07/22 com data prevista para revisão e, 13/07/24. Em 22/08/22 implantado o Protocolo de Náuseas e Vômitos, Todos os protocolos implantados apresentam as devidas assinaturas médicas. Foi apresentado o protocolo de gastroenterite e a implantação ocorreu em novembro e dezembro de 2022, com revisão programada para 18/12/2023. Em abril/23 foi implantado o Protocolo de Triagem e Manuseio da Dengue, ATA de implantação em 26/04/2023 e 27/04/2023 com 91 assinaturas da equipe de enfermagem e 37 do corpo clínico. Revisão prevista para 13/04/2024. c) O tempo médio de espera foi de 16 min em jan/23, 15min em fev/23, 19 min

		em mar/23 e 16 min em abr/23, o que dá uma média de 16,5 min. Cumprido. d) cumprido, apresentou escala médica com presença de pediatra.
Pontuação esperada = 100		Pontuação alcançada = 100
06	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 necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Protocolo revisado em 22/03/2022, com acolhimento e condutas frente ao atendimento do enfermeiro, psicólogo, assistente social e psiquiatra e das medicações utilizadas em casos de surtos dos transtornos mentais. Registro da apresentação do protocolo psicossocial com atualização do manejo e tratamento clínico em 31/03/22 com 212 assinaturas de colaboradores da equipe multiprofissional no relatório da ECA dos meses de janeiro, fevereiro, março e abril foi informado a apresentação do mesmo protocolo no dia 28/07/22 com 50 assinaturas e dia 29/07/22 com 36 assinaturas de trabalhadores multiprofissionais. O setor da psicologia e assistência social apresentam mensalmente o relatório de atendimento por setor do HRDJSN. Apresentado relatório no 1º quadrimestre (abril/23) e constam 26 atendimentos a pacientes com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool. Embora no protocolo conste ações para o médico psiquiatra a unidade não conta com esse profissional.
Pontuação esperada = 50		Pontuação alcançada = 50
07	Situação econômica e financeira da Organização Social de Saúde. a) 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: - Balancete contábil, - Razão contábil, - Demonstração do Fluxo de Caixa; - Extratos bancários das contas movimento e aplicação financeira; - Relação de bens móveis adquiridos no mês com as respectivas notas fiscais. b) A comprovação da boa situação financeira da Organização Social de Saúde mediante a aferição do índice de liquidez e de	O Instituto Aqcu encaminhou as documentações contábeis para análise no prazo estabelecido, por meio da plataforma SIPEF, e via e-mail apresentando os seguintes documentos contábeis (Balancete contábil, Razão contábil, Demonstração do Fluxo de Caixa; Extratos bancários das contas movimento e aplicação financeira, Relação de bens móveis adquiridos no mês com as respectivas notas fiscais), conforme previsto no item 6.a da Meta referente ao Monitoramento e Avaliação Econômico Financeiro. Apesar de verificar na análise do Balancete de Verificação divergências entre saldos das contas contábeis do período de 31 de dezembro de 2022 para

	<p>endividamento com a aplicação das seguintes fórmulas: $ILG = (AC+RLP) / (PC+PNP) \geq 1$ $ILC = (AC) / (PC) \geq 1$ $ISG = AT / (PC+PNP) \geq 1$ $EG = (PC + PNP/AT) \times 100 =$ menor percentual $CE = [PC / (PNP + PC)] \times 100 =$ menor percentual</p>	<p>o dia 01 de janeiro de 2023, observou-se que as alterações podem ser decorrentes dos ajustes contábeis, conforme solicitações emanadas por meio dos relatórios emitidos anteriormente. Esse tipo de inconsistências não foi observado nos saldos finais e iniciais dos meses, janeiro, fevereiro, março e abril de 2023. Por esse motivo, aceitou-se a documentação para análise e aferição dos demais indicadores e atribuiu a pontuação de 50 pontos conforme previsto no Item 6a.</p>
Pontuação esperada = 100		Pontuação alcançada = 50
08	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.
Pontuação esperada = 50		Pontuação alcançada = 50
09	Taxa de ocupação dos leitos hospitalares e da UTI Ou, quando o Hospital não atingir a taxa de ocupação $\geq 85\%$, considerar a pontuação máxima (25 pontos) desde que a instituição cumpra 90% ou mais da quantidade de internações contratadas em cada clínica/especialidade, no quadrimestre avaliado.	A taxa de ocupação geral do hospital foi de 78% (11.389/14.630) no quadrimestre. Cumpru com mais de 90% das internações contratadas. Fazendo jus a pontuação integral.
Pontuação esperada = 25		Pontuação alcançada = 25
10	<p>Política de Regulação do Acesso:</p> <p>a) implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com equipe e Regimento Interno instituído</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, referente 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 na Microrregião de Ponta Porã MS, relativos à agenda, demanda/fila de espera, fluxos e protocolos de referência e contra referência ao HRDJSN.</p>	<p>a) Realizada atualização do NIR, com equipe e novo regimento interno elaborado em 01/06/2022 com data para próxima revisão em 01/06/2024.</p> <p>b) Protocolo do NIR elaborado em 01/07/2022, com revisão para 01/07/2024. Conforme as referências bibliográficas contidas no Protocolo, não foi utilizado o Manual de Implantação e Implementação do NIR - MS (2017) para sua elaboração.</p> <p>c) Registro, monitoramento e comunicação diária à SES-MS do Censo de Ocupação dos Leitos Hospitalares, por especialidade/clínica e UTI pelos E-mails: gccg.cecca@gmail.com, nrspontapora.cecca@gmail.com, gcasis.cecaa@gmail.com.</p>

		d) Reunião realizada em 10/03/23 para apresentação de relatório relativo aos fluxos e protocolos de referência e contra referência do HRDJSN.
Pontuação esperada = 50		Pontuação alcançada = 50
11	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>No endereço eletrônico disponível no relatório de prestação de contas do HRDJSN referente ao quadrimestre constam dados disponíveis.</p> <p>Bloco A https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYzllOTJmNWYtMmI3YS00MzRjLWlyNTItMmU2Mzk2ZmU3NDc2IiwidCI6IjM3NTY4YzMxLWEyYTUtNDJiNC05ZW5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9</p> <p>Bloco B https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYTU5M2YwZmYtMGY1Ni00YTFmLWJjMmItOWQ4MzU4MTYxZWZlIiwidCI6IjM3NTY4YzMxLWEyYTUtNDJiNC05ZW5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9</p> <p>Bloco C https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiOGZiNzllZmYtYjgwNS00ZTNmLTk2Y2ItNGUxODhjZjVhZDdjIiwidCI6IjM3NTY4YzMxLWEyYTUtNDJiNC05ZW5LTg5MTk5MDcwYTA0ZSJ9</p> <p>Cabe destacar que o BI carece de melhoria visto que possui informações incompletas de alguns meses, bem como os dados divergentes.</p>
Pontuação esperada = 25		Pontuação alcançada = 25
12	Funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):	a) O Regimento interno do Programa de Controle de Infecção Hospitalar foi atualizado e aprovado em 20/04/22. O

	<p>a) apresentação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar e das atas mensais de reunião da Comissão;</p> <p>b) Implantação do Protocolo de Antibiótico Profilaxia Cirúrgica (taxa de adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia);</p> <p>c) vigilância das infecções de sítio cirúrgico (rotina implantada para busca ativa de sinais sugestivos de infecção em pacientes que fizeram cirurgias e cesarianas, registro e notificação à Vigilância sanitária e apresentação mensal do indicador ISC);</p> <p>d) 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>PSCIRAS foi apresentado em 04/10/2021 com revisão prevista para 05/05/2023. Apresentado relatório referente a janeiro/2023 com ATA em 24/01/23, fevereiro/2023 com ata em 23/02/2023, relatório referente a março/23 com ATA em 28/03/23 e referente a abril com ATA em 27/04/2023.</p> <p>b) O protocolo foi implantado em 21/10/2021 e a taxa de adesão a profilaxia antimicrobiana em janeiro foi de 94% e em fevereiro 88%, em março 88% e 88% em abril.</p> <p>c) Conforme Relatórios das Atividades de Controle de Infecção Hospitalar, a taxa de incidência de infecção em sítio cirúrgico avaliadas nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cirurgia Geral 1,5%, 4,22%, 1,8% e 4,48% -Cirurgia ortopédica 0%, 17,3%, 3,27% e 3,7%. -Cesarianas 0%, 0%, 4,7% e 6,60% -Cirurgia ginecológica 0%, 0%, 0% e 10% <p>A taxa de infecção de sítio cirúrgico conforme o gráfico apresentado foi de 1,5%,5,95%,6,5% e 25%</p> <p>d) sim. Quadros II e III do anexo III.</p>
	Pontuação esperada = 50	Pontuação alcançada = 50
13	<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>a) O Regimento interno do NSP foi atualizado em 01/04/2022 e apresentaram ata da reunião realizada em 27/01/23, 02/02/23, 27/03/23 e 04/04/23.</p> <p>Itens b, c, d, e, e f: Os indicadores estão sendo apresentados mensalmente.</p> <p>Taxa de adesão aos protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação do Paciente: 63,32% - Cirurgia Segura: 83,32% - Prescrição, uso e administração de medicamentos: 60%; - Úlcera por Pressão: 100%; - Prevenção de quedas: 100%. <p>Fonte: Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do HRDJSN.</p> <p>g) No período avaliado foram realizadas 229 notificações que resultaram em 57 EA. Segundo Relatórios de prestação de</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>contas mensais constam recomendações de melhoria para mitigar o dano e para evitar recorrência dos eventos investigados.</p> <p>Nota: Os seis protocolos de segurança do paciente foram implantados em 2019.</p>
Pontuação esperada = 100		Pontuação alcançada = 100
14	<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) O Regimento interno foi revisado em 05/01/2022 previsão da próxima revisão em 15/02/2024. E a Portaria foi atualizada em 04/06/2022. As reuniões foram realizadas em 30/01/23; 27/02/23; 27/03/23 e 28/04/2023.</p> <p>b) Apresentada Planilha de óbitos e análises das investigações,</p> <p>c) Foram apresentados os registros de 130 óbitos nos meses avaliados, de acordo com o Relatório Quadrimestral de Prestação de contas. No período avaliado ocorreram 21 na clínica médica, 01 no Centro Cirúrgico, 13 fetal-infantil, 24 na UTI geral adulto e 30 na UTI B adulto, 33 no PS, 8 no SVO. Todos óbitos foram investigados e todos os óbitos fetal-infantil discutidos em reunião pela Comissão de óbito e todos julgados como não-evitáveis.</p>
Pontuação esperada = 20		Pontuação alcançada = 20
15	<p>Programa de Educação Permanente (elaboração anual), que deve incluir minimamente os seguintes temas para funcionários relacionados à assistência:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenção e controle das principais infecções relacionadas à assistência à saúde; 2. Boas práticas relacionadas ao Parto e Nascimento; 3. Protocolos de Segurança do paciente; 4. Higienização das mãos; 5. Humanização: <p>a) realizar no mínimo duas capacitações das descritas acima por quadrimestre;</p> <p>b) Verificar o percentual de pessoal capacitado, relacionados à área assistencial, no quadrimestre avaliado.</p>	<p>a) Foram realizadas nos meses de janeiro à abril 411 capacitações /orientações. Referentes aos temas relacionados no CG nº 01/2020 foram realizados 59.</p> <p>b) Participaram das capacitações 4.952 profissionais, sendo que um mesmo profissional participou de mais de uma capacitação. Relacionados aos temas propostos foram 938 participantes. O HRDJSN possui no CNES (872 profissionais cadastrados). Percentual de capacitados superior a 70%.</p>
Pontuação esperada = 80		Pontuação alcançada = 80
16	<p>Avaliação da satisfação dos usuários do SUS – realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação quadrimestral: quadrimestral.</p>	<p>Foram realizadas as entrevistas com 49 puérperas/acompanhantes e 81 pacientes/acompanhantes nas clínicas. O</p>

		percentual de satisfação dos usuários/acompanhantes foi de 64,32%. O percentual de satisfação de puérperas/acompanhantes foi de 86,02% O percentual de satisfação geral dos usuários foi de 72,5% .
Pontuação esperada = 50 se ≥ 80		Pontuação alcançada = 00
17	Avaliação da satisfação dos colaboradores – realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação quadrimestral: quadrimestral.	Foram realizadas entrevistas com 91 colaboradores. O percentual de satisfação total ficou em 86,18%. Principais aspectos que geram insatisfação dos colaboradores: carga de trabalho, acomodações, salário e valorização do trabalho.
Pontuação esperada = 25 se ≥ 80		Pontuação alcançada = 25
18	Implantação da gestão participativa (dirigentes e trabalhadores).	Foi apresentada ata de reunião com os colaboradores do HRDJSN no dia 22/03/23 referente ao quadrimestre. Foi feita a apresentação do relatório do 3º quadrimestre/23 enviado pela auditoria e houve participação em reunião estratégica juntamente com o município, conforme descrito na Prestação de contas do quadrimestre enviada pelo hospital.
Pontuação esperada = 25		Pontuação alcançada = 25
19	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 clínica/especialidade e UTI.	a) Sim, quadro II e III; b) Sim, quadro II e III; c) Sim, quadro II e III; Em relação a taxa de mortalidade padronizada (TMP) das UTIs A e B, é necessário que o hospital aprimore a verificação dos indicadores, uma vez que apresentam divergência de valores. Ademias a TMP acima demonstra a necessidade da Comissão de Revisão de Óbitos, Núcleo de Segurança do Paciente, Serviço de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde traçarem planos de melhoria e diminuição da taxa.
Pontuação esperada = 50		Pontuação alcançada = 50
TOTAL		875 pontos

Fonte: Relatórios de prestação de contas do HRDJSN. Competências jan a abr. 2023

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

5.3.1 Considerações relacionadas à avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, por meio 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.

Analisando o alcance das metas de desempenho e qualidade estabelecidas no CG nº 01/2020 (quadro 5) constata-se que o HRDJSN obteve 875 pontos no período do quadrimestre, o que o classifica numa faixa de desempenho de 100%. Neste sentido, identificam-se as oportunidades de melhorias descritas abaixo:


1. Atendimento parcial a Resolução nº 03/SES/MS, no que se refere a transmissão de documentos que compõe a prestação de contas e a redução de inconsistências nos valores contábeis apresentados;

6. RESULTADO DA AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL NO 1º QUADRIMESTRE de 2023


Na avaliação assistencial do 1º quadrimestre de 2023, o HRDJSN obteve o alcance de **163%** das metas de produção ambulatorial e **93%** das metas de produção hospitalar estabelecidos no Contrato de Gestão nº 01/2020 e respectivos Termos Aditivos. Quanto as metas relacionadas aos indicadores de desempenho e qualidade alcançou 875 pontos, enquadrando-se na faixa de **desempenho equivalente a 100%**.

O Anexo IV apresenta o desempenho do Instituto ACQUA nos 1 quadrimestres de 2023.

Campo Grande - MS, 24 de julho de 2023.



Renata Cardoso Pereira
Especialista de Serviços de Saúde
Enfermeira



Taiana Manvailer de Menezes
Auditora de Serviços de Saúde
Enfermeira

Anexo I – Entrevistas

Quadro I. Resultados das entrevistas realizadas com 81 pacientes/acompanhantes internados no HRDJSN no 1º Quadrimestre/2023.

1. Quem orientou vc a procurar o hospital?			
Médico/Enfermeiro UBS			38
Médico particular /convênio			4
Por conta própria			32
Outros (especificar)		7	Samu/Bombeiro
2. Quanto tempo vc esperou para ser atendido no Hospital?			
Prontamente atendido			71
Até 15 minutos			4
Até 30 minutos			3
Mais de 30 minutos			7
3. O funcionário da recepção prestou informações solicitadas e necessárias?			
Sim			81
Não			
3.1 Como foi seu atendimento na recepção?			
bom			76
Regular			5
Ruim			0
4. Como foi o atendimento da equipe de Enfermagem?			
bom			75
Regular			6
Ruim			0
5. Como foi o atendimento Médico?			
bom			67
Regular			12
Ruim			2
6. Foram fornecidas informações ao paciente sobre:			
	Sim	Não	
a. Seu estado de saúde	66	15	
.Medicamentos administrado	73	8	
tratamento prescrito pós alta	17	64	
7. Você comprou algum material/medicamento ou pagou algum exame/taxa durante a internação?			
Sim			0
Não			81
8. Como você avalia:			
	Boa	Regular	Ruim
a. A quantidade e qualidade da alimentação fornecida pelo hospital	62	16	3
b. A limpeza do ambiente hospitalar	66	13	2
c. a conservação dos móveis e estrutura física deste hospital?	65	13	3
9. O motivo que ocasionou sua internação foi resolvido?			
Sim			11
Não			70 Tratamento/obs

Quadro II. Resultados da entrevista realizada com 49 puérperas/acompanhantes internados no HRDJSN no 1º Quadrimestre/2023.

1. Quem orientou vc a procurar o hospital?		
Médico/Enfermeiro UBS		20
Médico particular /convênio		0
Por conta própria		26
Outros (especificar)		2 Samu
2.Quanto tempo vc esperou para ser atendido no Hospital?		
Prontamente atendido		45
Até 15 minutos		1
Até 30 minutos		1
Mais de 30 minutos		2
3.O funcionário da recepção prestou informações solicitadas e necessárias?		
Sim		48
Não		1
3.1 Como foi seu atendimento na recepção?		
bom		44
Regular		4
Ruim		1
4. Como foi o atendimento da equipe de Enfremagem?		
bom		44
Regular		3
Ruim		2
5. Como foi o atendimento Médico?		
bom		42
Regular		6
Ruim		1
6. Foram fornecidas informações ao paciente sobre:		
	Sim	Não
a.Seu estado de saúde	44	5
b.Medicamentos administrado	44	5
c.Tratamento prescrito pós alta	28	21
7. No horário de visita o médico/enfermeiro estavam disponíveis para prestar informações aos familiares e/ou responsáveis		
Sim	29	
Não	20	sem visitas.
8. Você teve acompanhamento de livre escolha no pré parto, parto e pós parto?		
Sim	46	
Não	3	
9. Você recebeu orientação sobre Aleitamento materno?		
Sim	31	
Não	18	
10. Na primeira hora de vida do Recém nascido		
a. Você teve contato pele a pele com o bebê ?		
Sim	41	Pouco tempo
Não	8	complicações no parto
b. Você ofereceu leite materno para o bebê ?		
Sim	41	
Não	8	

DIRETORIA-GERAL DE CONTROLE NO SUS
COORDENADORIA ESTADUAL DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

11. Os dados do parto foram anotados no cartão da gestante?			
Sim			45
Não			4
12. O Cartão da criança foi fornecido e preenchido pelo Hospital?			
Sim			47
Não			2
13. No cartão da criança consta o registro da vacinação(HEP B e BCG)?			
Sim			33
Não			16
14. Você comprou algum material/medicamento ou pagou algum exame/taxa durante a internação?			
Sim			0
Não			49
15. Como você avalia:			
	Boa	Regular	Ruim
a. A quantidade e qualidade da alimentação fornecida pelo hospital	39	9	1
b. A limpeza do ambiente hospitalar	45	3	1
c. a conservação dos móveis e estrutura física deste hospital?	38	11	0
16. A internação atendeu sua expectativa quanto à realização do parto seguro e humanizado?			
Sim			47
Não			2

Quadro III. Resultados das entrevistas realizadas com 91 colaboradores do HRDJSN no 1º Quadrimestre/2023.

1. Como vc avalia:	Normal	Pouca	Alta
a. Carga de trabalho	69	0	22
b. Dimensionamento da equipe	Bom	Regular	Ruim
c. Distribuição das tarefas	66	19	6
d. Segurança para execução do trabalho	68	17	6
e. Acomodações e mobiliários.	82	9	0
f. Higiene do ambiente	70	17	4
g. Disponibilidade de materiais e equipamentos.	84	5	2
h. Salário	81	9	1
i. Relacionamento com a chefia	23	47	21
j. Valorização do trabalho.	84	5	2
2. Você se sente motivado nesse serviço?	61	23	7
Sempre			43
Às vezes			47
Nunca			1
3. Você participa das reuniões da equipe?			59
Sempre			31
Às vezes			1
Nunca			0
Não há reuniões			0
4. Existe um local neste estabelecimento que acolha suas opiniões/reclamações/dificuldades?			77
Sim			14
Não			91
5. Você utilizaria este estabelecimento de saúde ou indicaria para algum amigo/familiar?			0
Sim			86
Não			5
6. Você tem conhecimento dos protocolos clínicos implantados no Hospital para atendimento das duas doenças com maior incidência?			83
Sim			8
Não			

Observações: Aumento de salário, conforto em locais de descanso, melhorar a comunicação entre as equipes



Anexo II – Indicadores Rede Cegonha do HRDJSN de 2023

Indicador(%)	JAN	FEV	MAR	ABR
Parturiente -quantidade				
Acompanhante pré parto, parto e pós parto.	86	75	101	99
Acompanhante na cesariana	43	45	48	29
Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor	91	84	53	78
Líquido por livre demanda- Dieta livre	91	85	53	78
Partograma Preenchido	160	151	117	137
Episiotomia	1	0	0	1
Cesariana em primípara	15	16	17	24
Partos em posição não horizontal	65	69	53	50
Partos assistidos por enfermeiros	91	84	53	78
Recém-Nascido quantidade	160	151	117	137
Contato pele a pele imediato- Total	146	145	109	136
Na sala de Parto	83	82	50	77
Na sala Cirúrgica	63	63	59	59
Amamentação na primeira hora de vida	150	140	109	136

Fonte de Dados: sistema <https://analytics.zoho.com/open-view-941393000061441212> e livro maternidade de indicadores de parto 2023.

Anexo III – Resultado da Avaliação Assistencial 2022 e 1º Quadrimestre de 2023.

Quadro IV. Performance do HRDJSN no ano de 2022 e 1º quadrimestre de 2023.

	2º Quad	3º Quad	1º Quad (23)
Prod ambulatorial (%) Cumpr	40.822 (117%)	37.729 (108%)	56.898 (162,75%)
Prod hospitalar (%) Cumpr	2.552 (91%)	2.804 (100%)	2.891 (103%)
Desempenho e Qualidade(%) Cumpr	800 (80%)	900 (100%)	875 (100%)

Fonte: Relatórios de Avaliação Assistencial quadrimestral.