



Superintendência de Governança Hospitalar – SGH

Coordenadoria de Atenção Hospitalar – CAH

Unidade de Monitoramento de Performance Hospitalar – UMPH

Relatório de Monitoramento de Performance Hospitalar

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

Ponta Porã - MS

UMPH Cone Sul

**COMPETÊNCIA: MAI26
(VERSÃO SINTÉTICO)**

1. Identificação da Unidade

Unidade monitorada:	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)
Município:	Ponta Porã - MS
Gestão Operacional:	Instituto Social Mais Saúde (ISMS)
Natureza da Gestão:	Contrato de Gestão Emergencial nº 01/2025
Processo Administrativo:	27/020.334/2025
Vinculação Institucional:	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS
Supervisão Técnica:	Superintendência de Governança Hospitalar (SGH)
Coordenação:	Coordenadoria de Atenção Hospitalar (CAH)
Monitoramento:	Unidade de Monitoramento da Performance Hospitalar – UMPH (Macrorregião Cone Sul)

2. Sistemática de Pagamento

O pagamento mensal previsto no Contrato de Gestão Emergencial nº 01/2025 é composto por:

- 60% – Parcela Fixa do valor total de repasse;
- 40% – Parcela Variável, aferida por resultados das metas de produção e dos indicadores de desempenho e qualidade.

A avaliação da parcela variável é quadrimestral, convertida em pontuação conforme o sistema de avaliação previsto nos anexos contratuais, sob a responsabilidade do serviço de auditoria do SUS. Em casos de contratos firmados no curso do quadrimestre, aplica-se cálculo proporcional.

3. Metas de Produção Assistencial

APURAÇÃO DA PRODUÇÃO REALIZADA x METAS CONTRATUAIS					
UMPH CONE SUL - CAH/SGH					
HRJSN - INSTITUTO MAIS SAÚDE - PONTA PORÃ					
MAI 26	TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO %	QTDE REALIZADA	% CUMPRIMENTO DA META
AMBULATÓRIO PRÉ-CIRÚRGICO	CONSULTA CIRURGIA GERAL	180	16,36%	212	117,78%
	CONSULTA GINECOLOGIA	180	16,36%	65	36,11%
	CONSULTA UROLOGIA	180	16,36%	116	64,44%
	CONSULTA VASCULAR	180	16,36%	0	0,00%
	CONSULTA ORTOPEDIA	180	16,36%	318	176,67%
	CONSULTA CARDIOLOGIA/RISCO CIRÚRGICO	200	18,18%	91	45,50%
	RESULTADO PARCIAL	1.100	100,00%	802	72,91%
SADT	EXAMES LABORATORIAIS	2.500	55,07%	5.468	218,72%
	EDA/COLONO	200	4,41%	134	67,00%
	ECG	200	4,41%	454	227,00%
	RX	1.000	22,03%	2.390	239,00%
	US DOPPLER VASCULAR	60	1,32%	0	0,00%
	US VIAS URINÁRIAS	60	1,32%	14	23,33%
	US ABDOMEN E GINECOLÓGICO	80	1,76%	71	88,75%
	US URGÊNCIA	40	0,88%	83	207,50%
	TC ELETIVO VIA REGULAÇÃO	250	5,51%	33	13,20%
	TC URGÊNCIA	150	3,30%	689	459,33%
	RESULTADO PARCIAL	4.540	100,00%	9.336	205,64%
CIRURGIAS ELETIVAS	CIRURGIA GERAL	30	21,43%	47	156,67%
	CIRURGIA GINECOLÓGICA	30	21,43%	14	46,67%
	CIRURGIA ORTOPÉDICA	20	14,29%	36	180,00%
	CIRURGIA VASCULAR	30	21,43%	0	0,00%
	CIRURGIA UROLOGIA	30	21,43%	33	110,00%
	RESULTADO PARCIAL	140	100,00%	130	92,86%
PRONTO SOCORRO	CONSULTA PS GERAL	2.500	80,65%	4.242	169,68%
	CONSULTA PS GERAL COM OBS ATÉ 24H	600	19,35%	2.119	353,17%
	RESULTADO PARCIAL	3.100	100,00%	6.361	205,19%
CIRURGIAS DE URGÊNCIA	ORTOPEDIA	80	55,17%	88	113,10%
	CIRURGIA GERAL	20	13,79%	33	165,00%
	CIRURGIA GINECOLÓGICA	20	13,79%	21	105,00%
	CIRURGIA UROLOGIA	20	13,79%	7	35,00%
	OUTRAS CIRURGIAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	5	3,45%	15	300,00%
	RESULTADO PARCIAL	145	100,00%	164	113,10%
RESULTADO GERAL MENSAL		9.025		16.793	186,07%

4. Metas de Qualidade e Desempenho

2026	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO %	abr/26	mai/26
GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	Taxa de Mortalidade Institucional > 24h	≤ 3%	10,00%	3,37%	2,86%
	Taxa de Ocupação Geral	≥ 85%	3,00%	78,21%	76,66%
	Taxa de Ocupação UTI Adulto	≥ 80%	3,00%	95,50%	97,26%
	Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5	3,00%	3,24	3,52
	Taxa de Partos Vaginais	≥ 65%	1,50%	59,56%	48,60%
	Taxa de Cesarianas	≤ 25%	1,50%	40,44%	51,40%
	Taxa de suspensão de cirurgias	≤ 2%	5,00%	8,09%	3,44%
	Taxa de reinternação em 30 dias	≤ 2%	5,00%	0,33%	0,91%
	Índice de Giro de Leitos (vezes)	≥ 5	4,00%	7,85	7,47

2026	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO %	abr/26	mai/26
GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação	100%	4,00%	95,00%	97,00%
	Taxa de Avaliação do Risco de Quedas	100%	2,00%	85,23%	98,73%
	Taxa de Avaliação do Risco de LPP	100%	2,00%	99,83%	99,87%
	Taxa de Cesarianas com Classificação de Robson	100%	2,00%	40,14%	51,40%
	Taxa de Dupla Checagem na Administração de Medicamentos de Alta Vigilância	100%	2,00%	82,00%	58,00%
	Taxa de adesão ao protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica	100%	2,00%	91,04%	91,49%
	Taxa de Adesão ao "Checklist" de Cirurgia Segura	≥ 98%	4,00%	98,00%	99,14%
	Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas	≤ 3%	4,00%	4,83%	5,77%
	Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de CVC	100%	4,00%	100,00%	100,00%
	Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de SVD	100%	4,00%	97,00%	76,00%
	Taxa de Adesão ao Bundle de Prevenção de PAVM	100%	4,00%	100,00%	100,00%
	Índice de Satisfação do Usuário	≥ 90%	10,00%	91,54%	94,13%

2026	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	META MENSAL	PESO %	abr/26	mai/26
GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Índice de Rotatividade dos Colaboradores CLT	≤ 4%	3,00%	2,21%	1,50%
	Índice de Satisfação dos Colaboradores CLT	≥ 85%	3,00%	N/A	N/A
	Índice de Treinamento por grupo de colaboradores: Enfermagem	≥ 95%	4,00%	N/A	N/A

5. Registros de caso e Plano de Trabalho

Diante desse cenário, propõe-se pela manutenção do plano de trabalho, conforme quadro a seguir:

Nº	Ação Proposta	Avaliação	Justificativa Técnica	Recomendação à CAH/SGH
1	Implantar plano corretivo imediato para dupla checagem de medicamentos de alta vigilância	Priorizar e intensificar	O indicador caiu para 58,00%, configurando um dos principais riscos assistenciais da competência.	Exigir auditoria semanal por setor e turno, com devolutiva às lideranças assistenciais e evidência documental das correções.
2	Reestruturar o plano de adesão ao Bundle de SVD	Priorizar	A adesão ao Bundle de SVD caiu para 76,00%, abaixo da meta de 100%, ampliando risco de ITU associada a dispositivo.	Monitorar indicação, manutenção, registro diário e retirada oportuna da sonda vesical de demora.
3	Implantar plano específico de redução de Infecção de Sítio Cirúrgico em cirurgias limpas	Priorizar	A incidência de ISC em cirurgias limpas atingiu 5,77%, acima da meta de ≤ 3%, com piora em relação a abril.	Determinar análise caso a caso pela SCIH, Centro Cirúrgico e equipes cirúrgicas, com plano de mitigação.
4	Reforçar o protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica	Manter e fortalecer	O indicador alcançou 91,49%, permanecendo abaixo da meta de 100% e com impacto direto na prevenção de ISC.	Auditar tempo correto, indicação, dose, registro e conformidade por procedimento cirúrgico.
5	Qualificar a linha obstétrica, com foco em via de parto e Classificação de Robson	Priorizar	Partos vaginais ficaram em 48,60%, cesarianas em 51,40% e Classificação de Robson em 51,40%, todos fora da meta.	Exigir registro obrigatório da Classificação de Robson, auditoria das indicações de cesariana e discussão dos casos em comissão.
6	Manter monitoramento da porta de urgência e da observação do Pronto Socorro	Manter	O Pronto Socorro atingiu 205,19% da meta, com observação até 24h em 353,17%, demonstrando forte pressão assistencial.	Acompanhar tempo de permanência, fluxo de internação, perfil de risco e articulação com a rede municipal para casos Azul/Verde.
7	Reorganizar o fluxo ambulatorial pré-cirúrgico e SADT eletivo, com foco em absenteísmo e perda primária	Reestruturar	Houve baixa produção em Risco Cirúrgico, Ginecologia, Urologia, Tomografia Eletiva e altos índices de absenteísmo em exames e consultas.	Articular com a regulação, confirmar agendas, reofertar vagas não utilizadas e monitorar semanalmente perda primária e absenteísmo.
8	Monitorar causas de suspensão cirúrgica e fortalecer preparo pré-operatório	Manter e ajustar	A taxa de suspensão reduziu de 8,09% para 3,44%, mas permanece acima da meta de ≤ 2%.	Classificar causas de suspensão, separar evitáveis e não evitáveis, e vincular ações ao ambulatório pré-cirúrgico e risco cirúrgico.
9	Regularizar a apuração dos indicadores de Gestão do Trabalho e Educação Permanente	Priorizar	Os indicadores de Satisfação dos Colaboradores e Treinamento da Enfermagem permaneceram como N/A, impedindo avaliação da dimensão.	Cobrar metodologia de coleta, cronograma de treinamentos, lista de presença, conteúdo programático e evidências mensais de execução.

6. Considerações Finais

A competência de maio de 2026 demonstrou que o HRPP manteve elevada capacidade de resposta assistencial, especialmente nos componentes de maior pressão regional, com destaque para o Pronto Socorro, que alcançou 205,19% da meta, o SADT, com 205,64%, e as Cirurgias de Urgência, com 113,10%. A produção eletiva atingiu 92,86% da meta global, sustentada pelas linhas de Cirurgia Geral, Ortopedia e Urologia, embora ainda impactada pela baixa produção ginecológica e pela ausência da linha vascular. O Ambulatório Pré-Cirúrgico permaneceu como ponto de atenção, com 72,91% de cumprimento, refletindo fragilidades relacionadas ao absenteísmo, perda primária e baixa execução em especialidades estratégicas para a formação da fila cirúrgica.

Nos indicadores de desempenho, observaram-se resultados positivos na mortalidade institucional >24h, que reduziu para 2,86%, na ocupação da UTI Adulto, no tempo médio de permanência, na reinternação em 30 dias e no giro de leitos. Contudo, persistem pontos críticos que exigem intervenção gerencial e assistencial, especialmente a ocupação geral abaixo da meta, os indicadores obstétricos desfavoráveis, a dupla checagem de medicamentos de alta vigilância, a adesão ao bundle de SVD, a infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas, a antibioticoprofilaxia cirúrgica e a ausência de apuração de indicadores de gestão do trabalho.

Assim, conclui-se que a unidade apresentou performance assistencial relevante, porém com necessidade de fortalecimento dos processos de segurança do paciente,

qualificação da linha eletiva, regulação assistencial, prevenção de infecções e monitoramento sistemático do plano de trabalho pela gestão hospitalar e pela CAH/SGH.

Ponta Porã, 17 de junho de 2026.

Atenciosamente,

UMPH Cone Sul | CAH | SGH | SES-MS