

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 27/2017 DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE JULHO, AGOSTO E SETEMBRO DE 2019 – Aos 29 (vinte e nove) dias do mês de novembro de 2019, junto às dependências do Departamento de Regulação – Saúde (DEREG), na Rua Barão de Paranapiacaba, 241 – 3º andar – Encruzilhada – Santos/SP, deu-se início à REUNIÃO às 14:30 horas, onde compareceram: pela SANTA CASA: Enf. Mônica Carpalhoso Martins, Cristiane Silva Santos Mendes (DASS), Nádia Aparecida Silva dos Santos (Central de Vagas do Hospital), Miriam Candido da Costa Moraes (DASS), Izabel Cristina da Silva Santos (Faturamento); Pelo DEREG: Lilian Martins Cirqueira dos Santos (COREG), Maria José Lima do Carmo Martinatti (SECONC), Mateus de Carvalho Popiel (COACE); Thais Cardoso Soares (SEACONT); pela SEAGEN, Fernanda Correa Soave. Pelo Conselho Municipal de Saúde, ausente a representação. REUNIÃO ESSA ALUSIVA AO PRIMEIRO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO ANUAL QUE INICIOU EM 29/06/2019, com a avaliação os seguintes indicadores:

INDICADORES QUANTITATIVOS

ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
<u>1</u>	REGULAÇÃO DE VAGAS AMBULATORIAIS	Disponibilizar mensalmente a agenda de consultas clínica e cirúrgica, bem como de exames diagnósticos para o Gestor Municipal por e-mail: seagen@santos.sp.gov.br, até o dia 20 do mês antecedente.	<p>A) Consulta de avaliação em oncologia clínica, cirúrgica e hematológica.</p> <p>Apresentar agenda mensalmente com a seguinte distribuição:</p> <p>TRATAMENTO CIRÚRGICO (GERAL / GASTRO/ URO) 25 VAGAS;</p> <p>TRATAMENTO CLÍNICO PEDIÁTRICO: 08 VAGAS;</p> <p>TRATAMENTO CLÍNICO ADULTO: 35 VAGAS;</p> <p>TRATAMENTO CLÍNICO HEMATOLÓGICO (ADULTO E PEDIÁTRICO): 16 VAGAS.</p> <p>- Disponibilizar a relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento.</p>	<p>Disponibilizou 100% do pactuado: 80 PONTOS;</p> <p>- entre 99% e 80%: 50 pontos;</p> <p>- entre 79% e 70%: 20 pontos;</p> <p>- abaixo de 70%: não pontua.</p>	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/DEREG.

			<p>B) Apresentar agenda mensal com a distribuição de vagas nas seguintes especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CIRURGIA CARDÍACA; - CIRURGIA PLÁSTICA; - CIRURGIA PEDIÁTRICA; - NEUROCIRURGIA; - TRAUMATO-ORTOPEDIA. 	<p>Disponibilizou 100% do pactuado: 30 PONTOS;</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre 99% e 80%: 15 pontos; - entre 79% e 70%: 5 pontos; - abaixo de 70%: não pontua. 	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ DEREK.</p>						
			<p>C) Apresentar agenda mensal com a seguinte distribuição de VAGAS:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Colonoscopia (acima de 70 anos)</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Endoscopia (acima de 70 anos)</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Cateterismo</td> <td style="text-align: center;">45</td> </tr> </table>	Colonoscopia (acima de 70 anos)	10	Endoscopia (acima de 70 anos)	10	Cateterismo	45	<p>Disponibilizou no trimestre: 100% do pactuado: 40 PONTOS;</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre 99% e 80%: 20 pontos; - entre 79% e 70%: 10 pontos; - abaixo de 70%: não pontua. 	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ DEREK.</p>
Colonoscopia (acima de 70 anos)	10										
Endoscopia (acima de 70 anos)	10										
Cateterismo	45										

INDICADOR 1 – PONTUAÇÃO TOTAL DE A, B e C = 150 PONTOS

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Quanto ao item “a” do indicador, o hospital só não alcançou o indicador no tocante ao tratamento clínico pediátrico, alcançando 80%, sendo atribuída a pontuação de 50 pontos. Quanto ao item “b”, o indicador foi atingido, conforme relatório apresentado pela SEAGEN – o hospital pontua 30 pontos; Quanto ao item “c”, o indicador foi alcançado, conforme relatório apresentado pela SEAGEN, o hospital pontua 40 pontos. Assim, a pontuação total do indicador foi de 120 pontos.

2	REGULAÇÃO DE VAGAS EM OFTALMOLOGIA	<p>Disponibilizar mensalmente a agenda de primeiras consultas, procedimentos diagnósticos e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais/hospitais para o Gestor Municipal por e-mail: seagen@santos.sp.gov.br, até o dia 20 antecedente ao mês.</p>	<p>Apresentar agenda mensal com a seguinte distribuição de vagas:</p>	<p>Disponibilizou no trimestre 100% do pactuado: 80 PONTOS;</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre 99% e 80%: 50 pontos; - entre 79% e 70%: 20 pontos; - abaixo de 70%: não pontua. 	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ DEREK.</p>
			Consultas	90	
			Teste Ortóptico	5	
			Injeção Intra Vítreo	2	
			Catarata	20	
			Glaucoma	30	
			Retina	40	

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Esse indicador foi atingido parcialmente, conforme relatório apresentado pela SEAGEN, que informa que todos os itens foram atendidos, exceto o teste ortóptico. Nesse sentido, o hospital solicita a retificação formal do POA, por meio de aditamento, para revisão desse indicador com nova pactuação para o próximo trimestre. Considerando que o hospital compensou a falta do teste ortóptico com a oferta de 5 vagas de plástica ocular, 30 vagas de estrabismo e oftalmologia infantil (10 vagas), atribui-se a pontuação total do indicador – 80 pontos.

3	REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES	Enviar diariamente o censo com a distribuição dos leitos de internação na Rede de Urgência e Emergência (RUE), UTI Pediátrica e UTI Adulto para a Central de Regulação Municipal.	Disponibilizar diariamente para a Regulação Municipal 100% dos 60 (sessenta) leitos hospitalares da RUE, bem como os leitos de UTI Pediátrica e UTI Adulto.	<p><u>Disponibilizou 100% do pactuado: 100 PONTOS;</u></p> <p>- entre 99% e 80%: 75 pontos;</p> <p>- entre 79% e 70%: 50 pontos;</p> <p>- abaixo de 70%: não pontua.</p>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
		Manter as altas hospitalares atualizadas no SISREG.	Manter atualizadas entre 95% e 100% das altas hospitalares e transferências durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia.	<p><u>Manteve atualizado: igual ou acima de 95%: 25 PONTOS;</u></p> <p>- entre 70 e 94,9%: 10 pontos;</p> <p>- abaixo de 70%: não pontua.</p>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg extraído do SISREG.

INDICADOR 3 – PONTUAÇÃO TOTAL DE A +B = 205 PONTOS

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Segundo relatório apresentado pela SECONVAG, quanto à primeira parte do indicador, o mesmo foi alcançado pelo hospital, pontuando 100 pontos. Quanto a segunda parte do indicador, também houve o atendimento integral ao indicador, pontuando 25 pontos, totalizando 125 pontos no total do indicador.

<u>4</u>	SAÍDAS HOSPITALARES	Apresentar o processamento das AIH nos eixos pactuados no trimestre.	<p><u>MEDIA COMPLEXIDADE:</u> de acordo com o teto financeiro estimativo.</p> <p><u>CLÍNICA MÉDICA :</u> 350 saídas no mês;</p> <p><u>CLÍNICA CIRÚRGICA:</u> 200 saídas no mês.</p> <p><u>ALTA COMPLEXIDADE:</u> de acordo com o teto financeiro estimativo.</p> <p>Entre <u>CLÍNICA MÉDICA E CLÍNICA CIRÚRGICA</u> (exceto oncologia): 85 saídas no mês.</p>	<p><u>MC: apresentou 550 saídas de clínica médica / cirúrgica, ou mais /mês: 50 PONTOS:</u></p> <p>- entre 549 e 500/mês: 25 pontos;</p> <p>- entre 499 e 450/mês: 10 pontos;</p> <p>Abaixo de 450 saídas/mês: não pontua.</p> <p><u>AC: apresentou 85 saídas clínica/cirúrgica ou mais /mês: 50 PONTOS;</u></p> <p>- entre 84 e 60 saídas/mês: 25 pontos;</p> <p>Abaixo de 60 saídas/mês: não pontua.</p>	Relatório emitido pela SEACONT/ DEREK com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde (SIHD).
----------	----------------------------	--	--	---	---

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR 4: 100 PONTOS

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Segundo relatório apresentado pela SEACONT, o hospital apresentou 380 (trezentos e oitentas) saídas na clínica médica e 280 (duzentas e oitenta) saídas na cirúrgica em média complexidade, pontuando 50 pontos. Quanto à alta complexidade, 68 (sessenta e oito) saídas, atingindo parcialmente o indicador – 25 pontos.

TOTAL DO INDICADOR: 75 PONTOS

<u>5</u>	CIRURGIAS EM ONCOLOGIA	Realizar as cirurgias oncológicas preconizadas para o CACON.	Cumprir quantitativo de cirurgias em oncologia estipulado na Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, qual seja, 650 cirurgias/ano = 163 por trimestre.	<p>Realizou no trimestre:</p> <p><u>- 163 cirurgias ou mais: 100 PONTOS.</u></p> <p>- entre 150 e 162 cirurgias: 75 pontos;</p> <p>- entre 100 e 149 cirurgias: 50 pontos;</p> <p>Abaixo de 100 cirurgias: não pontua.</p>	Relatório emitido pela SEACONT/ DEREK com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde (SIH).
----------	-------------------------------	--	---	---	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Segundo relatório apresentado pela SEACONT, o hospital realizou 138 (cento e trinta e oito) cirurgias no período, pontuando 50 pontos.

INDICADORES QUALITATIVOS

ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
<u>6</u>	TAXA DE OCUPAÇÃO	Otimizar os recursos disponíveis.	Manter taxa de ocupação dos leitos RUE em 85%, conforme estipulado na Portaria GM/MS nº 2395, de 11 de outubro de 2011	<u>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS;</u> - entre 84 a 80%: 25 pontos; Abaixo de 80%: não pontua.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg extraído do SISREG.
			Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto em no mínimo 85%.	<u>Manteve ocupação entre 80 e 85%: 50 PONTOS;</u> - entre 79 e 70%: 25 pontos; - abaixo de 70%: não pontua.	Relatório disponibilizado pela supervisão de regulação in loco fornecido pela SECONVAG/ Dereg.

TOTAL DE PONTOS DO INDICADOR 6: 100 PONTOS

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Quanto a primeira parte do indicador, segundo relatório apresetado pela SECONVAG, o hospital manteve taxa de ocupação da RUE de 89,7%, pontuando 50 pontos. Quanto a segunda parte do indicador, no tocante a UTI adulto, a taxa de ocupação foi em medida de 94,5%. O hospital pontua 50 pontos. O total do indicador foi de 100 pontos

<u>7</u>	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Adequar o número de dias de internação ao preconizado pelo MS.	Manter média de permanência do paciente em no máximo 10 (dez) dias para o Leito RUE, nos termos da Portaria GM/MS nº 2395, de 11 de outubro de 2011. Obs: Após 10 dias, o paciente deverá ser transferido internamente para leito SUS.	<u>Manteve média de permanência em até 10 dias: 50 PONTOS;</u> - entre 11 a 20 dias: 25 pontos; - maior que 20 dias: não pontua.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg extraído do SISREG.
			Manter média de permanência do paciente no leito cirúrgico em até 8 dias	<u>Manteve média de permanência em até 8 dias: 50 PONTOS;</u> - entre 8 a 16 dias: 25 pontos; - maior que 16 dias: não pontua.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg extraído do SISREG.

TOTAL DE PONTOS DO INDICADOR 7: 100 PONTOS

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Quanto a primeira parte do indicador, segundo relatório apresentado pela SECONVAG, o hospital manteve média de permanência nos leitos RUE foi 9,3 dias, pontuando 50 pontos. Quanto a segunda parte do indicador, o hospital manteve média de permanência no leito cirúrgico de 7,3 dias, pontuando 50 pontos, totalizando 100 pontos no total do indicador.

<u>8</u>	COMISSÕES INSTITUCIONAIS: CCIH, PRONTUÁRIO, ÓBITOS E HUMANIZAÇÃO	Demonstrar a efetiva atuação das Comissões.	Apresentar cópia das Atas das reuniões realizadas no período avaliado, com no mínimo 60% de presença dos membros das comissões.	<p><u>Apresentou ata de todas as Comissões e documentos relacionados: 20 PONTOS;</u></p> <p>- não apresentou: não pontua.</p>	Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados por parte da Instituição.
-----------------	---	---	---	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentadas pelo hospital as atas das comissões mencionadas no indicador, sendo informado pelo hospital que estão em tratativas junto às comissões para que elas descrevam melhor junto as atas as atividades desenvolvidas.

O hospital pontua 20 pontos

<u>9</u>	CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Monitorar a densidade de incidência de infecção primária por cateter venoso central (IPCS) nas UTIs mantendo-a dentro do percentual máximo de 1%.	Descrever as ações e densidade de incidência de infecção primária por cateter venoso central (IPCS) nas UTI mantendo-a dentro do percentual máximo de 1% de acordo com os resultados obtidos pela CCIH.	<p><u>Apresentou incidência em até 1%: 20 PONTOS;</u></p> <p>- até 2%: 10 pontos;</p> <p>- acima de 2%: não pontua.</p>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
-----------------	--	---	---	--	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado pelo hospital relatório com os percentuais de 0,04% em julho, 0,08% em agosto e 0,04% em setembro. O hospital pontua 20 pontos.

<u>10</u>	SATISFAÇÃO DOS CLIENTES	Realizar avaliação da satisfação dos clientes internos e externos.	Apresentar pesquisa de satisfação realizada no período avaliado, com percentual de aprovação acima de 70%.	<p><u>Apresentou resultado dentro do percentual pactuado: 20 PONTOS;</u></p> <p>- entre 69% a 60%: 10 pontos;</p> <p>- abaixo de 60%: não pontua.</p>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
------------------	--------------------------------	--	--	--	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado pelo hospital relatório com percentual de 91,93% para julho, 93,04% para agosto e 91,74% de bom e ótimo no desempenho geral dos pacientes internados. Para os clientes externos, a média apurada de bom e ótimo foi de 83,27%. O hospital pontua 20 pontos.

<u>11</u>	MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS	Apresentar comprovação da vigência de contratos de manutenção preventiva, acrescidos de relatórios de manutenção periódica.	Contratos de ar condicionado para áreas críticas (centro cirúrgico e UTI); Raio-X; hemodinâmica, elevadores, hemodiálise, tomografia e radioterapia.	<p><u>Apresentou 100% do solicitado: 20 PONTOS;</u></p> <p>- entre 80 e 99%: 10 pontos;</p> <p>- abaixo de 80%: não pontua</p>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
-----------	--	---	--	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado pelo hospital relatório com todos os contratos em vigência, bem como declaração informando da manutenção preventiva dos elevadores que é realizada pela empresa Elevar cujo contrato foi assinado em 17/04/2019 com vigência de 12 (doze) meses.

O hospital pontua 20 pontos

<u>12</u>	TRIAGEM NEONATAL	Realizar triagem neonatal em 100% dos neonatos.	<p>Realizar os exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> - teste de reflexo de Bruckner (do reflexo vermelho); - dosagem de fenilcetonúria (pezinho); - teste da orelhinha; - teste do coraçãozinho. 	<p><u>Realizou os exames em 100% dos neonatos no trimestre avaliado: 20 PONTOS;</u></p> <p>- entre 90 e 99%: 10 pontos;</p> <p>- abaixo de 90%: não pontua.</p>	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ DEREK.
-----------	-------------------------	---	---	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Segundo relatório apresentado pela SEAUDIT, o indicador foi atingido em 20% em julho, 92,85% em agosto e em setembro 100%, média do trimestre 70,95%. **Não pontua.**

<u>13</u>	ATENÇÃO À GESTANTE	Realizar os testes de VDRL e teste rápido de HIV nas gestantes, com inclusão da informação em prontuário e na AIH.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar os testes em 100% das gestantes que não comprovem a sua realização no 3º trimestre de gestação; - Registrar a informação no prontuário da paciente; - Registrar a informação na AIH, por meio dos códigos 0214010040 e 0202031179; 	<p><u>Realizou as ações em 100% das gestantes: 20 PONTOS;</u></p> <p>- entre 90 e 99%: 10 pontos;</p> <p>- abaixo de 90%: não pontua.</p>	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ DEREK.
-----------	---------------------------	--	---	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Segundo relatório apresentado pela SEAUDIT, o hospital alcançou percentual de 100% julho, 100% em agosto e 100% em setembro. O hospital pontua 20 pontos.

<u>14</u>	TAXA DE CESÁREA	Aferir a pertinência do CID Secundário nas indicações de parto cesariano em primíparas, nos termos da Tabela SIGTAP.	Constatar no mínimo 80% de pertinência no CID Secundário nas indicações de parto cesariano em primíparas.	<u>Constatou 80% de pertinência ou mais: 30 PONTOS;</u> - abaixo de 80%: não pontua.	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ DERE, com base em 50% de amostragem.
AValiação do Indicador: Segundo relatório apresentado pela SEAUDIT, o hospital alcançou o indicador no percentual de 91,3% em julho, 94,73% em agosto e 100% em Setembro, com média de 95,34% de média. O hospital pontua 30 pontos.					
<u>15</u>	TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	Acompanhar os processos de trabalho existentes na Rede de Urgência e Emergência da Instituição.	Manter a taxa de mortalidade institucional menor ou igual a 6% ao mês.	<u>Manteve em 6% ou menos: 20 PONTOS;</u> - acima de 6%: não pontua.	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
AValiação do Indicador: Apresentado pelo hospital gráfico com 5,77% em julho, 5,85% em agosto e 6,52 em setembro, com média 6,04% de taxa de mortalidade. O hospital pontua 20 pontos.					
<u>16</u>	GESTÃO DA CLÍNICA	Monitorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente atendido na RUE.	Acompanhar a execução do processo já implantado – KANBAN, nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva.	<u>Apresentou 100% das ações do projeto implantado: 25 PONTOS;</u> - entre 99 e 80%: 10 pontos; - abaixo de 80%: não pontua.	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ DERE.

		Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	<p>1° Trimestre – Implantar Núcleo e Plano de Segurança do Paciente (NSP);</p> <p>2°/3°/4° Trimestre – Implantar protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2 por trimestre).</p> <p>EXEMPLOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Protocolo de identificação do paciente; -Protocolo para prevenção de Úlcera por pressão; -Protocolo de Segurança na Prescrição Uso e Administração de medicamentos; -Protocolo para Cirurgia Segura -Protocolo para prática de Higiene das Mãos; -Protocolo para prevenção de queda. 	<p><u>Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 50 PONTOS;</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - apresentou parcialmente: 25 pontos; - não apresentou: não pontua. 	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ Dereg.
PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR 16: 75 PONTOS					
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Segundo relatório apresentado pela SEAUDIT, o hospital teve alcance de 100% no indicador, pontuando 75 pontos.</p>					

A totalização dos indicadores resultou em 450 (quatrocentos e cinquenta) pontos para as metas quantitativas e 425 (quatrocentos e vinte e cinco) pontos para as metas qualitativas, totalizando 875 (oitocentos e setenta e cinco) pontos, fazendo jus a 100% (cem por cento) da parte variável. Nada mais havendo a acrescentar, encerra-se a presente ata, que foi digitada por mim, Maria José Lima do Carmo Martinatti e assinada por todos os presentes:

PELA COMISSÃO

LILIAN MARTINS CIRQUEIRA DOS SANTOS

MARIA JOSÉ LIMA DO CARMO MARTINATTI

MONICA CARPALHOSO MARTINS

NADIA APARECIDA SILVA DOS SANTOS

PELA SANTA CASA:

CRISTIANE SILVA SANTOS MENDES.....

MIRIAM CANDIDO DA COSTA MORAES.....

IZABEL CRISTINA DA SILVA SANTOS.....

PARTICIPANTES DO Dereg

MATHEUS DE CARVALHO POPIEL

THAIS CARDOSO SOARES

FERNANDA CORREA SOAVE.....