

**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 JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO DE 2018** - Aos 24 (vinte e

quatro) dias do mês de abril de 2018, junto às dependências do Departamento de Regulação do Sistema – Saúde (DEREG), na Rua Barão de Paranapiacaba, 241 – 3º andar – Encruzilhada – Santos/SP, deu-se início à REUNIÃO às 15:00 horas, onde compareceram: pela SANTA CASA: Enf. Mônica Carpalhoso Martins, Cristiane Silva Santos Mendes, Izabel Cristina da Silva Santos, Silvia Heringer Leal Vieira (Departamento de Enfermagem), Nádia Aparecida Silva dos Santos (Central de Vagas do Hospital) e Miriam Candido da Costa Moraes (DASS). Pelo DEREG: Ariana Julião Ramos Gameiro (COREG), Maria José Lima do Carmo Martinatti (SECONC), Rosana Pereira Madeira Grasso (COACE), Douglas da Silva Gouveia (SEACONT), Leonor Fossa Monteiro da Silva (SEAUDIT); Pelo Conselho Municipal de Saúde, Sr. Luiz Antônio da Silva, Idreno de Almeida, Josias Aparecido Pereira da Silva e Milton Marcelo Hahn. Iniciada a reunião com a verificação dos indicadores pactuados, conforme segue:

QUANTITATIVAS					
ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
1	Regulação de procedimentos ambulatoriais	Disponibilizar mensalmente a agenda de primeiras consultas e exames ambulatoriais para o Gestor Municipal	<p><b>CONSULTAS DE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>avaliação de oncologia clínica (quimioterapia e radioterapia): -</li> <li>avaliação de oncologia cirúrgica nas especialidades de neurocirurgia e pediatria;</li> </ul> <p><b>OUTRAS CONSULTAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oftalmologia:</li> <li>Cirurgia Cardíaca</li> <li>Cirurgia Plástica</li> <li>Ortopedia e Traumatologia</li> <li>Cirurgia pediátrica</li> <li>Neurocirurgia</li> </ul> <p><b>OBSERVAÇÃO: os quantitativos a serem disponibilizados pelo hospital serão pactuados mensalmente</b></p>	<p><b><u>Disponibilizou 100% do pactuado = 50 pontos</u></b></p> <p>- entre 99% e 80% = <b>30 pontos</b></p> <p>- entre 79% e 70% = <b>20 pontos</b></p> <p>- abaixo de 70% = não pontua</p>	Agenda disponibilizada SEAGEN

			Procedimentos de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Oftalmologia (curva tonométrica, gonioscopia e mapeamento de retina);</li> <li>colonoscopia acima de 70 anos e/ou com restrições ambulatoriais;</li> <li>Cateterismo e Ecocardiograma.</li> </ul> <b>OBSERVAÇÃO: os quantitativos a serem disponibilizados pelo hospital serão pactuados mensalmente</b>	<b><u>Disponibilizou 100% do pactuado = 100 pontos</u></b> - entre 99% e 80% = <b>80 pontos</b> - entre 79% e 70% = <b>50 pontos</b> - abaixo de 70% = não pontua	Agenda disponibilizada SEAGEN
--	--	--	---	--	-------------------------------

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEAGEN, FORAM DISPONIBILIZADOS 100% (CEM POR CENTO) DOS PROCEDIMENTOS PACTUADOS PARA O TRIMESTRE.

**O HOSPITAL PONTUA 150 PONTOS**

2	Regulação de Vagas Hospitalares	Disponibilizar diariamente leitos de internação RUE e de UTI Pediátrica para a Central de Regulação Municipal	Disponibilizar diariamente para a Regulação Municipal 100% dos 60 (sessenta) leitos hospitalares da RUE , bem como de 8 (oito) leitos de UTI Pediátrica.  <b>OBSERVAÇÃO: Os 8 (oito) leitos de UTI Pediátrica serão disponibilizados de acordo com a demanda da instituição e taxa de ocupação.</b>	<b><u>Disponibilizou 100% do pactuado = 100 pontos</u></b> - entre 99% e 80% = <b>80 pontos</b> - entre 79% e 70% = <b>50 pontos</b> - abaixo de 70% = não pontua	Relatório SISREG / SECONVAG
		Manter atualizado o mapa de leitos RUE no SISREG	Manter atualizado 100% das internações / transferências / altas durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, dos 60 (sessenta) leitos da RUE	<b><u>Manteve atualizado: - acima de 90% = 100% da pontuação = 100 pontos</u></b> - entre 70 e 89,9% = 50% da pontuação - abaixo de 70% = não pontua	Relatório SISREG / SECONVAG

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO ATESTADO PELA SECONVAG, DEU-SE A DISPONIBILIZAÇÃO DOS LEITOS COM ATENDIMENTO DE 100% (CEM POR CENTO) DO INDICADOR:

**O HOSPITAL PONTUA 200 PONTOS**

3	Saídas Hospitalares	Apresentar o processamento das AIHs nos eixos	MEDIA COMPLEXIDADE: de acordo com o teto financeiro estimativo:	MC: apresentou 550 saídas de clínica médica / cirúrgica,	Relatório emitido pelo SIHD junto a SEACONT
---	---------------------	---	---	--	---

		pactuados no trimestre	Clínica médica : 350 saídas no mês Clínica cirúrgica : 200 saídas no mês  ALTA COMPLEXIDADE: de acordo com o teto financeiro estimativo Clínico e cirúrgico (exceto oncologia): 100 saídas no mês	ou mais /mês= 50 pontos - entre 549 e 500/mês = 30 pontos - entre 499 e 450/mês = 20 pontos Apresentou menos que 499 saídas/mês = não pontua AC: apresentou 100 saídas clínico/cirúrgico ou mais /mês = 50 pontos - entre 99 e 80 saídas/mês = 30 pontos Apresentou menos que 79 saídas/mês = não pontua	
--	--	------------------------	---	--	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEACONT, MÉDIA COMPLEXIDADE APRESENTOU 426 (QUATROCENTOS E VINTE E SEIS) SAÍDAS (MÉDIA MENSAL) E CIRÚRGICO 350 (TREZENTOS E CINQUENTA) – MÉDIA MENSAL; ALTA COMPLEXIDADE FORAM 169 (CENTO E SESSENTA E NOVE) – MÉDIA MENSAL..

**O HOSPITAL PONTUA: 100 (CEM) PONTOS**

4	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	<b><u>Realizou no trimestre:</u></b>  <b><u>- 163 cirurgias ou mais = 100 pontos</u></b>  - entre 150 e 162 cirurgias = <b>80 pontos</b>  - entre 100 e 149 cirurgias = <b>50 pontos</b>  Realizou menos que 100 cirurgias = não pontua	Relatório emitido pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) junto a SEACONT
---	------------------------	---	--	---	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEACONT, FORAM REALIZADAS 180 (CENTO E OITENTA) CIRURGIAS EM ONCOLOGIA – TOTAL GERAL DO TRIMESTRE

**O HOSPITAL PONTUA: 100 PONTOS**

**QUALITATIVAS**

ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
------	-----------	------	------	-----------	---------------------

5	Taxa de Ocupação	Otimizar os recursos disponíveis	Manter taxa de ocupação dos leitos disponibilizados pelo prestador em 85% para leitos RUE, conforme estipulado na Portaria GM/MS nº 2395, de 11 de outubro de 2011	<b>Ocupação:</b> <b>Maior ou igual a 85% = 50 pontos</b> De 84 a 80% = <b>20 pontos</b> Menor que 80% não pontua	BI-SISREG SECONVAG
			Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto em até 85%	<b>Ocupação:</b> <b>Entre 80 e 85% = 50 pontos</b> Entre 79 e 70% = <b>20 pontos</b> Abaixo de 70% não pontua	BI-SISREG SECONVAG

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIO DO SISREG, APRESENTADO PELA SECONVAG, A TAXA DE OCUPAÇÃO EM 91,9% DE TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS RUE; E QUANTO A TAXA DE OCUPAÇÃO DE UTI ADULTO 90,4% DE TAXA DE OCUPAÇÃO.

**O HOSPITAL PONTUA 100 PONTOS**

6	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	<b>Permanência:</b> <b>-até 10 dias: 25 pontos</b> - de 11 a 20 dias – <b>10 pontos</b> Maior que 20 dias – não pontua	BI-SISREG SECONVAG
			Manter média de permanência do paciente no leito cirúrgico em até 8 dias	<b>Permanência:</b> <b>- até 8 dias: 25 pontos</b> <b>- de 8 a 16 dias –10 pontos</b> Maior que 16 dias – não pontua	BI-SISREG SECONVAG

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIO DO SISREG, APRESENTADO PELA SECONVAG, A MÉDIA DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE FICOU EM 9,7 DIAS PARA O LEITO RUE; E A MÉDIA DE PERMANÊNCIA NO LEITO CIRÚRGICO FICOU EM 7,8 DIAS.

**O HOSPITAL PONTUA 50 PONTOS**

7	Comissões institucionais: CCIH, Prontuário, Óbitos, Humanização	Demonstrar a efetiva atuação das Comissões	- apresentar cópias das Atas das reuniões realizadas no período avaliado, com no mínimo 60% de presença dos membros das comissões; <ul style="list-style-type: none"> <li>• CCIH: apresentar as metas do PCDI do período avaliado, constando avaliação de resultados obtidos e intervenções</li> </ul>	Apresentou ata de todas as Comissões e demais documentos solicitados: <b>30 pontos</b> Não apresentou: não pontua	Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados
---	---	--	---	--	---

			propostas; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prontuário e Óbitos: descrever itens avaliados no período e demonstrar o percentual de atingimento dos critérios, principalmente na área materno-infantil;</li> <li>• Humanização: descrever ações desenvolvidas e resultados alcançados no período avaliado</li> </ul>		
--	--	--	---	--	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADO PELO HOSPITAL AS ATAS REFERENTES AO PERÍODO AVALIADO, DENTRO DO QUE PRECONIZA O INDICADOR:

**O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS**

8	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 UTIs mantendo-a dentro do percentual máximo de 1% de acordo com os resultados obtidos pela CCIH	<u><b>Incidência em até 1% - 25 pontos</b></u> Até 2% - 5 pontos Acima de 2% - não pontua	Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador
---	---------------------------------	--	---	---	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADO PELO HOSPITAL RELATÓRIO COM PERCENTUAL ABAIXO DE 1% NO TRIMESTRE AVALIADO.

**O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS**

9	Satisfação dos clientes externos e internos	Realizar avaliação da satisfação dos clientes internos e externos	Apresentar pesquisa de satisfação realizada no período avaliado, com percentual de aprovação acima de 70%	<u><b>Apresentar relatórios dentro do percentual pactuado: 25 pontos</b></u> Apresentar relatórios abaixo do percentual pactuado: 5 pontos Não apresentou os relatórios: não pontua	Relatórios apresentados pelo prestador
---	---	---	---	---	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADO PELO HOSPITAL RELATÓRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM PERCENTUAL DE APROVAÇÃO ACIMA DE 70%.

O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS

10	Manutenção preventiva de equipamentos	Apresentar cópias de contratos de manutenções preventivas em vigência, excluindo-se as cláusulas contratuais pertinentes aos valores monetários	<p>Contratos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ar condicionado para áreas críticas (centro cirúrgico e UTI);</li> <li>• Raio-X;</li> <li>• hemodinâmica,</li> <li>• elevadores,</li> <li>• hemodiálise,</li> <li>• tomografia;</li> <li>• radioterapia</li> </ul>	<p><b><u>Apresentou 100% dos contratos: 30 pontos</u></b></p> <p>Entre 80 e 100%: 10 pontos</p> <p>Abaixo de 80%: não pontua</p>	Relatórios apresentados pelo prestador
----	---------------------------------------	---	--	--	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADO PELO HOSPITAL RELAÇÃO DE CONTRATOS ATUALMENTE EM VIGÊNCIA RELATIVOS ÀS ÁREAS APONTADAS NO INDICADOR, CORROBORANDO AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA ÚLTIMA REUNIÃO, POSTO QUE OS CONTRATOS PERMANECEM EM VIGÊNCIA, FORAM ASSINADOS NOVOS CONTRATOS E ALGUNS TEM RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA.

O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS

11	Triagem neonatal	Realizar triagem neonatal em 100% dos neonatos	<p>Realizar os exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- teste de reflexo de Bruckner (do reflexo vermelho);</li> <li>- dosagem de fenilcetonúria (pezinho);</li> <li>- teste da orelhinha ;</li> <li>- teste do coraçãozinho</li> </ul>	<p><b><u>Realizou os exames em 100% dos neonatos no trimestre avaliado:25pontos</u></b></p> <p>Realizou entre 90 e 99% dos neonatos no trimestre avaliado: 5 pontos</p> <p>Realizou abaixo de 90% – não pontua.</p>	Relatório de visita técnica feita por equipe do Dereg
----	------------------	--	---	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APÓS VISITA TÉCNICA REALIZADA PELA SEAUDIT E JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS PELO HOSPITAL, DEU-SE O ATENDIMENTO DE 100% DO INDICADOR.

O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS

12	Teste de VDRL e teste rápido de HIV para gestantes	Realizar os testes nas gestantes, com inclusão da informação em prontuário e na AIH (Autorização de Internação Hospitalar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar os testes em 100% das gestantes que não comprovem a sua realização no 3º trimestre de gestação;</li> <li>- registro da informação no prontuário da paciente;</li> <li>- registro da informação na AIH, por meio dos códigos 0214010040 e 0202031179;</li> </ul>	<p><b><u>Realizou em 100% das gestantes –20 pontos.</u></b></p> <p>Realizou entre 90 e 99% das gestantes – 5 pontos</p> <p>Realizou abaixo de 90% - não pontua</p>	<p>Relatório de visita técnica feita por membro da equipe do Dereg</p> <p>Relatórios emitidos pelo SIHD</p>
----	--	--	---	--	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME APURADO PELA SEAUDIT EM VISITA TÉCNICA, FOI APURADO O PERCENTUAL DE 97,22% DE ATENDIMENTO AO INDICADOR;

**O HOSPITAL PONTUA 5 PONTOS**

13	Taxa de Cesárea	Reduzir progressivamente a o percentual de partos cesarianos no trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzir o percentual de partos cesarianos no trimestre para igual ou menor que 45%;</li> </ul>	<p><b><u>Reduziu ou manteve em 45% = 40 pontos</u></b></p> <p>Não reduziu: não pontua</p>	Relatório emitido pelo SIHD junto a SEACONT
----	-----------------	---	---	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEACONT, O HOSPITAL APRESENTOU O PERCENTUAL DE 54,91 DE PARTO CESARIANO NO TRIMESTRE AVALIADO.

**O HOSPITAL NÃO PONTUA**

14	Taxa de Mortalidade Institucional	Manter controle dos processos de trabalho na área de U/E da Instituição	Manter a taxa de mortalidade institucional menor ou igual a 6% ao mês	<p><b><u>Manteve em 6% ou menos: 30 pontos</u></b></p> <p>Acima de 6%: não pontua</p>	Relatório emitido pela Instituição
----	-----------------------------------	---	---	---	------------------------------------

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADO PELO HOSPITAL, RELATÓRIO COM PERCENTUAL DE 5,8% (MÉDIA) DE TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL NO TRIMESTRE AVALIADO.

**O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS**

15	Gestão da Clínica	Monitorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente atendido na RUE	<p><b>1º trimestre:</b> elaborar para as especialidades cirúrgicas a ferramenta tipo KANBAN ou similar para aferição do cuidado prestado aos pacientes internados nos leitos cirúrgicos de retaguarda da RUE;</p> <p><b>2º trimestre:</b> Apresentar a aplicação da ferramenta em no mínimo 50% dos leitos (no mínimo 15 leitos);</p> <p><b>3º trimestre:</b> apresentar a aplicação da ferramenta em 100% dos leitos cirúrgicos da RUE</p>	<p><b><u>Apresentou 100% das ações: 75 pontos</u></b></p> <p>Entre 99 e 80%= 50 pontos</p> <p>Abaixo de 80%: não pontua</p>	Relatório emitido pela Instituição
----	-------------------	---	---	---	------------------------------------

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO VISITA TÉCNICA REALIZADA PELA SEAUDIT, O INDICADOR JÁ FOI ALCANÇADO DESDE O TRIMESTRE PASSADO E MANTÉM-SE NESTE TRIMESTRE.

**O HOSPITAL PONTUA 75 PONTOS**

A totalização dos indicadores resultou em 945 (novecentos e quarenta e cinco):

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**

ARIANA JULIÃO RAMOS GAMEIRO.....  
MARIA JOSÉ LIMA DO CARMO MARTINATTI .....  
DOUGLAS DA SILVA GOUVEIA .....  
ROSANA PEREIRA MADEIRA GRASSO.....  
MONICA CARPALHOSO MARTINS .....  
NADIA APARECIDA SILVA DOS SANTOS .....  
LUIZ ANTONIO DA SILVA .....

**PELA SANTA CASA:**

CRISTIANE SILVA SANTOS MENDES.....  
IZABEL CRISTINA DA SILVA SANTOS .....  
SILVIA HERINGER LEAL VIEIRA.....  
MIRIAM CANDIDO DA COSTA MORAES.....

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:**

JOSIAS APARECIDO PEREIRA DA SILVA.....  
MILTON MARCELO HAHN.....