

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 03/2023-SMS DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, INSTITUÍDA PELA PORTARIA Nº 150/2023-GPM DE 06 DE SETEMBRO DE 2023, PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE ABRIL/MAIO E JUNHO DE 2025 – Aos 03 (três) dias do mês de setembro de 2025, 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 10:00 horas, onde compareceram os membros da Comissão de Acompanhamento dos Convênios de Contratualização, a saber: **MEMBROS DA SMS:** **TITULARES:** FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG) e ANDREZA GALVÃO DE CAMARGO (SEAUDIT); **SUPLENTE:** SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG), FERNANDA RODRIGUES CORREA (SERAM); **MEMBROS DA SANTA CASA:** RAQUEL PEREZ CARVALHO NOGUEIRA como membro titular e participantes convidados abaixo relacionado; **MEMBRO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:** Ausente a representação. REUNIÃO ESSA ALUSIVA AO **QUARTO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO ANUAL DISPOSTO JUNTO AO CONVÊNIO Nº 03/2023-SMS**, com a avaliação os seguintes indicadores:

INDICADORES QUANTITATIVOS																	
IT E M	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO												
1	REGULAÇÃO DE VAGAS EM ONCOLOGIA*	Disponibilizar a agenda mensal de consultas de avaliação em oncologia cirúrgica.	Quantidade no trimestre: - 150 (cento e cinquenta) vagas de avaliação em oncologia cirúrgica multi especialidade; - 48 (quarenta e oito) vagas de tratamento clínico hematológico (adulto e pediátrico) - relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento.	<u>Disponibilizou 100% do pactuado: 50 PONTOS;</u> - entre 90% e 99%: 30 PONTOS; - entre 80% e 89%: 20 PONTOS; - abaixo de 80%; NÃO PONTUA.	Relatório apresentado pela Instituição demonstrando a oferta do quantitativo na rede de oncologia. Relação de pacientes providenciada pelo prestador.												
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, FORAM DISPONIBILIZADAS 102 (CENTO E DUAS) VAGAS DE ONCOLOGIA AO CROSS NO MÊS DE ABRIL, 102 (CENTO E DUAS) EM MAIO E 106 (CENTO E SEIS) EM JUNHO DE 2025, TOTALIZANDO 310 (TREZENTAS E DEZ) VAGAS NO TRIMESTRE. CABE INFORMAR QUE NO MÊS DE MARÇO/2024 HOUVE ALTERAÇÃO NA PACTUAÇÃO DAS VAGAS OFERTADAS JUNTO À DRS-IV, CONFORME E-MAIL ANEXO À DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS INDICADORES, O QUE SERÁ OBJETO DE CORREÇÃO NO PRÓXIMO PLANO OPERATIVO DO CONVÊNIO. A META DE OFERTA DE VAGAS PASSOU A SER DE 95/MÊS, OU SEJA, 285 NO TRIMESTRE, DE FORMA QUE O PRESTADOR ATINGE A PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR. ACOMPANHA RELAÇÃO DE PACIENTES. PONTUAÇÃO: 50 PONTOS																	
2	REGULAÇÃO DE VAGAS CIRÚRGICAS*	Apresentar agenda mensal com a distribuição de vagas nos ambulatorios pré e pós operatório.	Quantidade no trimestre: <table><tr><td>Cirurgia Pediátrica</td><td>45</td></tr><tr><td>Cirurgia Plástica</td><td>60</td></tr><tr><td>Neurocirurgia</td><td>90</td></tr><tr><td>Cardiovascular</td><td>72</td></tr><tr><td>Marcapasso/ Arritmia</td><td>24</td></tr><tr><td>Trauma pré e pós operatório</td><td>900</td></tr></table> Obs.: Excepcionalmente até dezembro/23 serão ofertados 03	Cirurgia Pediátrica	45	Cirurgia Plástica	60	Neurocirurgia	90	Cardiovascular	72	Marcapasso/ Arritmia	24	Trauma pré e pós operatório	900	<u>Disponibilizou 100% do pactuado: 50 PONTOS;</u> - entre 90% e 99%: 30 PONTOS; - entre 80% e 89%: 20 PONTOS; - abaixo de 80%; NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ Dereg.
Cirurgia Pediátrica	45																
Cirurgia Plástica	60																
Neurocirurgia	90																
Cardiovascular	72																
Marcapasso/ Arritmia	24																
Trauma pré e pós operatório	900																

			marcapassos extras ao CROSS, totalizando 33 no trimestre.			
<u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA COORDENAÇÃO DE ACESSO (COACE), FORAM DISPONIBILIZADAS AS AGENDAS DENTRO DO QUANTITATIVO PACTUADO, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO INDICADOR.						
<u>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</u>						
3	REGULAÇÃO DE VAGAS DE PROCEDIMENTOS*	Apresentar agenda mensal com distribuição de vagas ao Gestor Municipal, até o dia 20 antecedente ao mês.	Quantidades no trimestre:		<u>Disponibilizou no trimestre: 100% do pactuado: 50 PONTOS;</u> - entre 90% e 99%: 30 PONTOS; - entre 80% e 89%: 20 PONTOS; - abaixo de 80%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ DERE
			Colonoscopia	15		
			Endoscopia	15		
			Cateterismo	135		
			Espermograma	30		
			Curva Glicêmica (2 dosagens)	600		
			Glicemia Pós Prandial	15		
			Coagulograma	900		
			Micológico	36		
			Teste do Hormônio do Crescimento (Glucagon)	15		
<u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA COORDENAÇÃO DE ACESSO (COACE), FORAM DISPONIBILIZADAS AS AGENDAS DENTRO DO QUANTITATIVO PACTUADO, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO INDICADOR.						
<u>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</u>						
4	REGULAÇÃO DE VAGAS EM OFTALMOLOGIA*	Disponibilizar mensalmente a agenda de primeiras consultas, procedimentos diagnósticos e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais/hospitalares ao Gestor Municipal, até o dia 20 antecedente ao mês.	Quantidade no trimestre:		<u>Disponibilizou no trimestre 100% do pactuado: 50 PONTOS;</u> - entre 90% e 99%: 30 PONTOS; - entre 80% e 89%: 20 PONTOS; - abaixo de 80%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ DERE.
			Consultas Oftalmol.	267		
			Estrabismo	24		
			Plástica Ocular	18		
			Catarata	60		
			Oftalmo Infantil	30		
			Retina	45		
			Glaucoma	90		
<u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA COORDENAÇÃO DE ACESSO (COACE), FORAM DISPONIBILIZADAS AS AGENDAS DENTRO DO QUANTITATIVO PACTUADO, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO INDICADOR.						
<u>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</u>						
5	REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES	Enviar a CADA 12 HORAS o censo com a distribuição dos leitos CONTRATADOS.	Disponibilizar a cada 12/12h censo hospitalar com todos os leitos contratados para a SECONVAG. A forma de envio, bem como o modelo do documento são determinadas pela SECONVAG. Devendo constar com informações mínimas como data, hora, responsável pelo preenchimento, se o leito está ocupado, livre ou indisponível.		<u>Disponibilizou 100% do pactuado: 100 PONTOS;</u> - entre 80% e 99%: 70 PONTOS; - abaixo de 80%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ DERE.

AValiação do Indicador: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/DEREG/SMS, NO PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO A 100% (CEM POR CENTO) DO INDICADOR, COM A DISPONIBILIZAÇÃO DO CENSO HOSPITALAR CONFORME PACTUADO.

PONTUAÇÃO: 100 PONTOS

<u>6</u>	SAÍDAS HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE*	Apresentar o processamento das AIH nos eixos pactuados no trimestre.	<u>SAÍDAS HOSPITALARES TRIMESTRAIS:</u> <u>CLÍNICA MÉDICA: 660</u> <u>PEDIATRIA: 300</u> <u>CLÍNICA CIRÚRGICA: 800</u>	<u>Apresentou acima de 90% ou mais das 1.760 saídas hospitalares pactuadas no trimestre: 50 PONTOS;</u> - entre 80% e 89%: 30 PONTOS; - entre 70% e 79%: 20 PONTOS; Abaixo de 70%: NÃO PONTUA.	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	---	--	--	---	---

AValiação do Indicador: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 143% (CENTO E QUARENTA E TRÊS POR CENTO) AO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 2522 (DUAS MIL, QUINHENTOS E VINTE E DUAS) SAÍDAS HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE.

PONTUAÇÃO: 50 PONTOS

<u>7</u>	SAÍDAS HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE*	Apresentar o processamento das AIH nos eixos pactuados no trimestre.	<u>SAÍDAS HOSPITALARES TRIMESTRAIS:</u> <u>CLÍNICA MÉDICA: 40</u> <u>CLÍNICA CIRÚRGICA : 330</u>	<u>Apresentou acima de 90% ou mais das 370 saídas hospitalares pactuadas no trimestre: 50 PONTOS;</u> - entre 80% e 89%: 30 PONTOS; - entre 70% e 79%: 20 PONTOS; Abaixo de 70%: NÃO PONTUA.	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	--	--	---	---	---

AValiação do Indicador: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 119% (CENTO E DEZENOVE POR CENTO) AO INDICADOR, COM O TOTAL DE 441 (QUATROCENTAS E QUARENTA E UMA) SAÍDAS DE ALTA COMPLEXIDADE.

PONTUAÇÃO: 50 PONTOS

<u>8</u>	ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE*	Realizar exames, consultas e procedimentos ambulatoriais.	<u>PROCEDIMENTOS TRIMESTRAIS:</u> Proced. de Finalidade Diagnóstica (Gr.02): 400.000 Proced. Clínicos (Gr.03): 20.000 Proced. Cirúrgicos (Gr.04): 800	<u>Apresentou acima de 90% ou mais dos 420.800 procedimentos pactuados no trimestre: 50 PONTOS;</u> - entre 80% e 89%: 30 PONTOS; - entre 70% e 79%: 20 PONTOS; Abaixo de 70%: NÃO	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	--	---	---	---	---

				PONTUA.	
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 159% (CENTO E CINQUENTA E NOVE POR CENTO) AO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 669.858 (SEISCENTOS E SESENTA E NOVE MIL, OITOCENTOS E CINQUENTA E OITO) PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE REALIZADOS NO PERÍODO AVALIADO. PONTUAÇÃO: 50 PONTOS					
<u>9</u>	ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE*	Realizar exames, consultas e procedimentos ambulatoriais.	PROCEDIMENTOS TRIMESTRAIS: Proced. de Finalidade Diagnóstica (Gr.02): 1.300 Proced. Clínicos (Gr.03): 5.800	<u>Apresentou acima de 90% ou mais dos 7.100 procedimentos pactuados no trimestre: 50 PONTOS;</u> - entre 80% e 89%: 30 PONTOS; - entre 70% e 79%: 20 PONTOS; Abaixo de 70%: NÃO PONTUA.	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 129% (CENTO E VINTE E NOVE POR CENTO) AO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 9.172 (NOVE MIL CENTO E SETENTA E DOIS) PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE REALIZADOS NO PERÍODO AVALIADO. PONTUAÇÃO: 50 PONTOS					
<u>10</u>	CIRURGIAS EM ONCOLOGIA*	Realizar as cirurgias oncológicas preconizadas para o CACON.	Cumprir quantitativo de cirurgias em oncologia estipulado na Portaria GM/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, qual seja, 650 cirurgias/ano = 163 por trimestre.	<u>Realizou no trimestre: 163 cirurgias ou mais: 50 PONTOS;</u> - entre 130 e 163 cirurgias: 30 PONTOS; Abaixo de 130 cirurgias: NÃO PONTUA.	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO A 100% DO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 234 (DUZENTAS E TRINTA E QUATRO) CIRURGIAS EM ONCOLOGIA REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO. PONTUAÇÃO: 50 PONTOS					
<u>11</u>	CIRURGIAS EM ORTOPEDIA*	Realizar as cirurgias trauma-ortopédicas	Realizar o quantitativo mínimo trimestral de 200 cirurgias em Trauma-Ortopedia, de acordo com a Portaria nº 90, de 27 de março de 2009 (considerando os 20 leitos de ortopedia do CNES).	<u>Realizou no trimestre: -200 cirurgias ou mais: 50 PONTOS.</u> -entre 150 e 199 cirurgias: 25 PONTOS; -Abaixo de 150 cirurgias: NÃO PONTUA.	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO A 100% DO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 232 (DUZENTAS E TRINTA E DUAS) CIRURGIAS EM ORTOPEDIA REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO. PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.					
TOTAL DE PONTOS QUANTITATIVOS: 600 (SEISCENTOS PONTOS)					

INDICADORES QUALITATIVOS

<u>IT E M</u>	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
<u>1</u> <u>2</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> Abaixo de 85%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO DE 91,28% (NOVENTA E UM VIRGULA VINTE E OITO POR CENTO) PARA OS LEITOS RUE, CUMPRINDO O INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>3</u>	TAXA DE OCUPAÇÃO	Otimizar os recursos disponíveis.	Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto em no mínimo 85%.	<u>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS;</u> - abaixo de 85%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO DE 107,28% (CENTO E SETE VIRGULA VINTE E OITO POR CENTO) PARA OS LEITOS DE UTI ADULTO, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>4</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: 30 PONTOS;</u> - maior que 10 dias: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA MÉDIA DE PERMANÊNCIA DE 8,34 (OITO VIRGULA TRINTA E QUATRO) DIAS PARA O LEITO RUE, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 30 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>5</u>	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Adequar o número de dias de internação ao preconizado pelo MS.	Manter média de permanência do paciente no leito cirúrgico em até 8 dias	<u>Manteve média de permanência em até 8 dias: 30 PONTOS;</u> - maior que 8 dias: NÃO PONTUA	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg extraído do SISREG.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA MÉDIA DE PERMANÊNCIA DE 5,43 (CINCO VIRGULA QUARENTA E TRÊS) DIAS PARA O LEITO CIRÚRGICO, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 30 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>6</u>	COMISSÕES INSTITUCIONAIS:	Demonstrar a efetiva atuação	Apresentar cópia das Atas das	<u>Apresentou ata de todas as Comissões e</u>	Cópias das atas e documentos do

	CCIH, PRONTUÁRIO, ÓBITOS E HUMANIZAÇÃO	das Comissões.	reuniões realizadas no período avaliado, com no mínimo 60% de presença dos membros das comissões. Referidas atas deverão ter detalhadas as ações desenvolvidas pela Comissão e resultados alcançados.	<u>documentos relacionados: 20 PONTOS;</u> - não apresentou: NÃO PONTUA.	indicador alusivos ao período devidamente assinados por parte da Instituição.
<u>AValiação do Indicador:</u> APRESENTADAS PELO HOSPITAL AS ATAS DAS REUNIÕES REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO PARA AS COMISSÕES PACTUADAS. <u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>7</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.	<u>Apresentou incidência em até 1%: 20 PONTOS;</u> - até 2%: 10 PONTOS; - acima de 2%: NÃO PONTUA.	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, A INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA POR CATETER VENOSO CENTRAL FOI DA ORDEM DE 0,75% PARA ABRIL, 0,58% PARA MAIO E 0,49% PARA JUNHO/2025, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>8</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%.	<u>Apresentou resultado dentro do percentual pactuado: 20 PONTOS;</u> - entre 60% e 69%: 10 PONTOS; - abaixo de 60%: NÃO PONTUA.	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<u>AValiação do Indicador:</u> APRESENTADO PELO HOSPITAL, RELATÓRIO COM RESULTADO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO REALIZADA NO PERÍODO AVALIADO, COM PERCENTUAL EM MÉDIA ACIMA DE 70% (SETENTA POR CENTO) DE APROVAÇÃO. <u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>9</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.	<u>Apresentou 100% do solicitado: 20 PONTOS;</u> - entre 80 e 99%: 10 PONTOS; - abaixo de 80%: NÃO PONTUA.	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<u>AValiação do Indicador:</u> APRESENTADA PELO HOSPITAL, DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS CONTRATOS DE MANUTENÇÃO PACTUADOS, VIGENTES NO PERÍODO AVALIADO, EM ATENDIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u>					

<u>2</u> <u>0</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> -entre 6 a 8%: 10 PONTOS - acima de 8%: NÃO PONTUA.	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DE 5% EM ABRIL, 5,4% EM MAIO E 5,8% EM JUNHO/2025, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u>					
<u>2</u> <u>1</u>	TEMPO MÉDIO DE ESPERA – EXAMES LABORATORIAIS UNIDADES BÁSICAS	Disponibilizar profissionais para coleta junto as unidades da SMS de acordo com a capacidade técnica da unidade e demanda de pacientes aguardando o procedimento junto a mesma.	Tempo médio de espera entre a marcação da coleta de exames laboratoriais e sua efetiva realização em até 05 (cinco) dias.	<u>Tempo médio de espera de 05 dias ou menos: 40 PONTOS;</u> -6 a 10 dias: 20 PONTOS - acima de 10 dias: NÃO PONTUA.	Relatório fornecido pelo Departamento de Atenção Primária
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME INFORMAÇÃO PRESTADA PELO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (DEAPS) O TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA EXAMES LABORATORIAIS FOI DE 3,20 DIAS, DANDO-SE ATENDIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 40 PONTOS</u>					
<u>2</u> <u>2</u>	GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	1º trimestre – Realizar monitoramento dos protocolos de segurança do paciente, preconizados na RDCC 36, através de indicadores, bem como monitorar as atividades desempenhadas pela equipe de auditoria de riscos. 2º trimestre – Monitorar a gestão de riscos. 3º trimestre – Monitorar a metodologia de análise a avaliação. 4º trimestre – Monitorar a sistemática de notificação de eventos adversos.	<u>Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 20 PONTOS;</u> - não apresentou: NÃO PONTUA.	Relatório de visita técnica feita pela Seção de Auditoria do Dereg.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT) – Dereg/SMS, APÓS VISITA TÉCNICA REALIZADA JUNTO AO HOSPITAL, FOI VERIFICADO O ALCANCE DE 100% DA META PACTUADA. <u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u>					

2 3	GESTÃO DA QUALIDADE	Instituir ações para a promoção do sistema de Gestão de Qualidade, garantido a melhoria contínua dos processos conforme metodologia	1º trimestre -Monitorar a gestão de processos. Apresentar ata das últimas reuniões; levantamento de problemas/melhorias. Plano de ação. Folha de mapeamento e FTP - Ficha de trabalho padronizado.	Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 20 PONTOS Não apresentou: NÃO PONTUA.	Relatório de visita técnica feita pela Seção de Auditoria do Dereg.
			2º trimestre - Monitorar a gestão de documentos. Normatização de documentos institucionais e avaliação. Atividades estabelecidas com o objetivo de planejar, operacionalizar, verificar e propor melhorias. Apresentar conjunto de normas que regem o funcionamento de uma subdivisão hierárquica e administrativa da organização. Atividades operacionais de repetição. Sistematização dos prontuários dos pacientes.		
			3º trimestre - Monitorar a sistemática de auditorias internas. Apresentar relatório das últimas auditorias, contendo análise das não conformidades e busca de melhorias.		
			4º trimestre - Monitorar a sistemática da busca pela melhoria contínua. Acreditações e certificações, ata das reuniões de qualidade e segurança. Educação dos pacientes e familiares. Ouvidoria. Pesquisa de satisfação dos clientes.		
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT) – Dereg/SMS, APÓS VISITA TÉCNICA REALIZADA JUNTO AO HOSPITAL, FOI VERIFICADO O ALCANCE DE 100% DA META PACTUADA. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS					
2 4	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Tempo de resposta	Ao ser solicitado leito, apresentar resposta de aceite ou recusa em até 1 hora.	100% das solicitações respondidas em até 1 hora: 30 PONTOS De 99% a 90%: 20 PONTOS Abaixo de 90%: NÃO PONTUA.	Relatório emitido pela SECONVAG
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/Dereg, NO PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO A 100% (CEM POR CENTO) DO INDICADOR, COM TEMPO DE RESPOSTA DE ACEITE OU RECUSA EM ATÉ 1 (UMA) HORA. PONTUAÇÃO: 30 PONTOS					

<u>2</u> <u>5</u>	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Vaga zero	Manter tempo de avaliação do paciente em até 1 hora.	Avaliou acima de 90% da vaga zero em 1 hora: <u>30 PONTOS</u> Avaliou entre 80% e 89% da vaga zero em 1 hora: 20 PONTOS Abaixo de 80%: NÃO PONTUA	Relatório emitido pela SECONVAG / DEREG/SMS
<u>AValiação DO INDICADOR:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, NO PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO EM MÉDIA A 45,19% (QUARENTA E CINCO VIRGULA DEZENOVE POR CENTO), NÃO DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR <u>PONTUAÇÃO: NÃO PONTUA</u>					
TOTAL DE PONTOS QUALITATIVOS: 370 (TREZENTOS E SETENTA) PONTOS					

A totalização dos indicadores resultou em 600 (seiscentos) pontos para as metas quantitativas e 370 (trezentos e setenta) pontos para as metas qualitativas, totalizando 970 (novecentos e

QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUANTITATIVAS SCORE TOTAL 600 PONTOS
001 a 200 pontos – 70% da parte variável
201 a 400 pontos – 80% da parte variável
401 a 500 pontos – 90% da parte variável
501 a 600 pontos – 100% da parte variável
QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUALITATIVAS SCORE TOTAL 320 PONTOS
001 a 100 pontos – 70% da parte variável
101 a 200 pontos – 80% da parte variável
201 a 300 pontos – 90% da parte variável
301 a 400 pontos – 100% da parte variável

setenta) 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 conforme lista de presença, parte integrante deste documento.

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 03/2023-SMS DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, INSTITUÍDA PELA PORTARIA Nº 150/2023-GPM DE 06 DE SETEMBRO DE 2023, PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2025, OCORRIDA NO DIA 03 DE SETEMBRO DE 2025.

LISTA DE PRESENÇA

MEMBROS DA SMS

TITULAR: FLÁVIA MENDES DE SOUZA.....

TITULAR: ANDREZA GALVÃO DE CAMARGO

SUPLENTE: FERNANDA RODRIGUES CORREA

SUPLENTE: SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE

MEMBROS DA SANTA CASA

TITULAR: RAQUEL PEREZ CARVALHO NOGUEIRA

MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

SUPLENTE: AUSENTE A REPRESENTAÇÃO

PARTICIPANTES:

IZABEL CRISTINA DA SILVA SANTOS (SANTA CASA)

CRISTIANE SILVA SANTOS MENDES (SANTA CASA).....