

**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 JULHO/AGOSTO E SETEMBRO DE 2025** – Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de novembro 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:** GEOVANA DOMINGOS NUNES (DEREG), FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG) e ANDREZA GALVÃO DE CAMARGO (SEAUDIT); **SUPLENTE:** SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG); **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 **PRIMEIRO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO ANUAL DISPOSTO JUNTO AO CONVÊNIO Nº 03/2023-SMS**, com a avaliação os seguintes indicadores:

INDICADORES QUANTITATIVOS																	
ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO												
1	<b>REGULAÇÃO DE VAGAS EM ONCOLOGIA*</b>	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.	<b>Disponibilizou 100% do pactuado: 50 PONTOS;</b>  - entre 90% e 99%: <b>30 PONTOS;</b>  - entre 80% e 89%: <b>20 PONTOS;</b>  - abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório apresentado pela Instituição demonstrando a oferta do quantitativo na rede de oncologia.  Relação de pacientes providenciada pelo prestador.												
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, FORAM DISPONIBILIZADAS 98 (NOVENTA E OITO) VAGAS DE ONCOLOGIA AO CROSS NO MÊS DE JULHO, 102 (CENTO E DUAS) EM AGOSTO E 102 (CENTO E DUAS) EM SETEMBRO DE 2025, TOTALIZANDO 302 (TREZENTAS E DUAS) 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.</p> <p><b>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</b></p>																	
2	<b>REGULAÇÃO DE VAGAS CIRÚRGICAS*</b>	Apresentar agenda mensal com a distribuição de vagas nos ambulatorios pré e pós operatório.	Quantidade no trimestre: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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> <p>Obs.: Excepcionalmente até dezembro/23 serão ofertados 03</p>	Cirurgia Pediátrica	45	Cirurgia Plástica	60	Neurocirurgia	90	Cardiovascular	72	Marcapasso/ Arritmia	24	Trauma pré e pós operatório	900	<b>Disponibilizou 100% do pactuado: 50 PONTOS;</b>  - entre 90% e 99%: <b>30 PONTOS;</b>  - entre 80% e 89%: <b>20 PONTOS;</b>  - abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA.</b>	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.			
<b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA COORDENAÇÃO DE ACESSO (COACE), FORAM DISPONIBILIZADAS AS AGENDAS DENTRO DO QUANTITATIVO PACTUADO, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO INDICADOR.						
<b>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</b>						
3	<b>REGULAÇÃO DE VAGAS DE PROCEDIMENTOS*</b>	Apresentar agenda mensal com distribuição de vagas ao Gestor Municipal, até o dia 20 antecedente ao mês.	Quantidades no trimestre:		<p><b>Disponibilizou no trimestre: 100% do pactuado: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 90% e 99%: <b>30 PONTOS;</b></p> <p>- entre 80% e 89%: <b>20 PONTOS;</b></p> <p>- abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ Dereg
			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					
<b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA COORDENAÇÃO DE ACESSO (COACE), FORAM DISPONIBILIZADAS AS AGENDAS DENTRO DO QUANTITATIVO PACTUADO, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO INDICADOR.						
<b>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</b>						
4	<b>REGULAÇÃO DE VAGAS EM OFTALMOLOGIA*</b>	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:		<p><b>Disponibilizou no trimestre 100% do pactuado: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 90% e 99%: <b>30 PONTOS;</b></p> <p>- entre 80% e 89%: <b>20 PONTOS;</b></p> <p>- abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ Dereg.
			<b>Consultas Oftalmol.</b>	<b>267</b>		
			Estrabismo	24		
			Plástica Ocular	18		
			Catarata	60		
			Oftalmo Infantil	30		
			Retina	45		
			Glaucoma	90		
<b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA COORDENAÇÃO DE ACESSO (COACE), FORAM DISPONIBILIZADAS AS AGENDAS DENTRO DO QUANTITATIVO PACTUADO, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO INDICADOR.						
<b>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</b>						
5	<b>REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES</b>	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.		<p><b>Disponibilizou 100% do pactuado: 100 PONTOS;</b></p> <p>- entre 80% e 99%: <b>70 PONTOS;</b></p> <p>- abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.

**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>	<b>SAÍDAS HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE*</b>	Apresentar o processamento das AIH nos eixos pactuados no trimestre.	<b>SAÍDAS HOSPITALARES TRIMESTRAIS:</b>  <u>CLÍNICA MÉDICA: 660</u>  <u>PEDIATRIA: 300</u>  <u>CLÍNICA CIRÚRGICA: 800</u>	<p><b>Apresentou acima de 90% ou mais das 1.760 saídas hospitalares pactuadas no trimestre: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 80% e 89%: <b>30 PONTOS;</b></p> <p>- entre 70% e 79%: <b>20 PONTOS;</b></p> <p>Abaixo de 70%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	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 2514 (DUAS MIL, QUINHENTAS E CATORZE) SAÍDAS HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE.

**PONTUAÇÃO: 50 PONTOS**

<u>7</u>	<b>SAÍDAS HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE*</b>	Apresentar o processamento das AIH nos eixos pactuados no trimestre.	<b>SAÍDAS HOSPITALARES TRIMESTRAIS:</b>  <u>CLÍNICA MÉDICA: 4 0</u>  <u>CLÍNICA CIRÚRGICA : 330</u>	<p><b>Apresentou acima de 90% ou mais das 370 saídas hospitalares pactuadas no trimestre: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 80% e 89%: <b>30 PONTOS;</b></p> <p>- entre 70% e 79%: <b>20 PONTOS;</b></p> <p>Abaixo de 70%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	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 O TOTAL DE 479 (QUATROCENTAS E SETENTA E NOVE) SAÍDAS DE ALTA COMPLEXIDADE.

**PONTUAÇÃO: 50 PONTOS**

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

				<b>PONTUA.</b>	
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 162% (CENTO E SESENTA E DOIS POR CENTO) AO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 683.415 (SEISCENTOS E OITENTA E TRÊS MIL, QUATROCENTOS E QUINZE) PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE REALIZADOS NO PERÍODO AVALIADO.</p> <p><b>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</b></p>					
<u>9</u>	<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE*</b>	Realizar exames, consultas e procedimentos ambulatoriais.	<p><b>PROCEDIMENTOS TRIMESTRAIS:</b></p> <p>Proced. de Finalidade Diagnóstica (Gr.02): 1.300</p> <p>Proced. Clínicos (Gr.03): 5.800</p>	<p><b>Apresentou acima de 90% ou mais dos 7.100 procedimentos pactuados no trimestre: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 80% e 89%: <b>30 PONTOS;</b></p> <p>- entre 70% e 79%: <b>20 PONTOS;</b></p> <p>Abaixo de 70%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 114% (CENTO E CATORZE POR CENTO) AO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 8.101 (OITO MIL CENTO E UM) PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE REALIZADOS NO PERÍODO AVALIADO.</p> <p><b>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</b></p>					
<u>10</u>	<b>CIRURGIAS EM ONCOLOGIA*</b>	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.	<p><b>Realizou no trimestre: 163 cirurgias ou mais: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 130 e 163 cirurgias: <b>30 PONTOS;</b></p> <p>Abaixo de 130 cirurgias: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> 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 245 (DUZENTAS E QUARENTA E CINCO) CIRURGIAS EM ONCOLOGIA REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO.</p> <p><b>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</b></p>					
<u>11</u>	<b>CIRURGIAS EM ORTOPEDIA*</b>	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).	<p><b>Realizou no trimestre: -200 cirurgias ou mais: 50 PONTOS.</b></p> <p>-entre 150 e 199 cirurgias: <b>25 PONTOS;</b></p> <p>-Abaixo de 150 cirurgias: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> 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 202 (DUZENTAS E DUAS) CIRURGIAS EM ORTOPEDIA REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO.</p> <p><b>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.</b></p>					
<p><b>TOTAL DE PONTOS QUANTITATIVOS: 600 (SEISCENTOS PONTOS)</b></p>					

## INDICADORES QUALITATIVOS

<u>IT</u> <u>E</u> <u>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	<b><u>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS</u></b>  Abaixo de 85%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
<b><u>AValiação do Indicador:</u></b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO DE 88,50% (OITENTA E OITO VIRGULA CINQUENTA POR CENTO) PARA OS LEITOS RUE, CUMPRINDO O INDICADOR. <b><u>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</u></b>					
<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%.	<b><u>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS;</u></b>  - abaixo de 85%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
<b><u>AValiação do Indicador:</u></b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO DE 112,20% (CENTO E DOZE VIRGULA VINTE E POR CENTO) PARA OS LEITOS DE UTI ADULTO, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <b><u>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</u></b>					
<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.  <b>Obs.: Após 10 dias, o paciente deverá ser transferido internamente para leito SUS</b>	<b><u>Manteve média de permanência em até 10 dias: 30 PONTOS;</u></b>  - maior que 10 dias: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
<b><u>AValiação do Indicador:</u></b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA MÉDIA DE PERMANÊNCIA DE 7,98 (SETE VIRGULA NOVENTA E OITO) DIAS PARA O LEITO RUE, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <b><u>PONTUAÇÃO: 30 PONTOS</u></b>					
<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	<b><u>Manteve média de permanência em até 8 dias: 30 PONTOS;</u></b>  - maior que 8 dias: <b>NÃO PONTUA</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg extraído do SISREG.
<b><u>AValiação do Indicador:</u></b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA MÉDIA DE PERMANÊNCIA DE 4,05 (QUATRO VIRGULA ZERO CINCO) DIAS PARA O LEITO CIRÚRGICO, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <b><u>PONTUAÇÃO: 30 PONTOS</u></b>					
<u>1</u> <u>6</u>	COMISSÕES INSTITUCIONAIS:	Demonstrar a efetiva atuação	Apresentar cópia das Atas das	<b><u>Apresentou ata de todas as Comissões e</u></b>	Cópias das atas e documentos do

	<b>CCIH, PRONTUÁRIO, ÓBITOS E HUMANIZAÇÃO</b>	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.	<b>documentos relacionados: 20 PONTOS;</b>  - não apresentou: <b>NÃO PONTUA.</b>	indicador alusivos ao período devidamente assinados por parte da Instituição.
<b><u>AValiação do Indicador:</u></b> APRESENTADAS PELO HOSPITAL AS ATAS DAS REUNIÕES REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO PARA AS COMISSÕES PACTUADAS. <b><u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u></b>					
<b><u>1</u> <u>7</u></b>	<b>CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR</b>	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.	<b><u>Apresentou incidência em até 1%: 20 PONTOS;</u></b>  - até 2%: <b>10 PONTOS;</b>  - acima de 2%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<b><u>AValiação do Indicador:</u></b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, A INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA POR CATETER VENOSO CENTRAL FOI DA ORDEM DE 0,67% PARA JULHO, 0,75% PARA AGOSTO E 0,61% PARA SETEMBRO/2025, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR. <b><u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u></b>					
<b><u>1</u> <u>8</u></b>	<b>SATISFAÇÃO DOS CLIENTES</b>	Realizar avaliação da satisfação dos clientes internos e externos.	Apresentar pesquisa de satisfação realizada no período avaliado, com percentual de aprovação acima de 70%.	<b><u>Apresentou resultado dentro do percentual pactuado: 20 PONTOS;</u></b>  - entre 60% e 69%: <b>10 PONTOS;</b>  - abaixo de 60%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<b><u>AValiação do Indicador:</u></b> 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. <b><u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u></b>					
<b><u>1</u> <u>9</u></b>	<b>MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS</b>	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.	<b><u>Apresentou 100% do solicitado: 20 PONTOS;</u></b>  - entre 80 e 99%: <b>10 PONTOS;</b>  - abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<b><u>AValiação do Indicador:</u></b> APRESENTADA PELO HOSPITAL, DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS CONTRATOS DE MANUTENÇÃO PACTUADOS, VIGENTES NO PERÍODO AVALIADO, EM ATENDIMENTO AO INDICADOR. <b><u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u></b>					

2 0	<b>TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL</b>	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.	<b>Manteve em 6% ou menos: 20 PONTOS;</b>  -entre 6 a 8%: <b>10 PONTOS</b>  - acima de 8%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DE 5,94% EM JULHO, 5,85% EM AGOSTO E 5,51% EM SETEMBRO/2025, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <b>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</b>					
2 1	<b>TEMPO MÉDIO DE ESPERA – EXAMES LABORATORIAIS UNIDADES BÁSICAS</b>	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.	<b>Tempo médio de espera de 05 dias ou menos: 40 PONTOS;</b>  -6 a 10 dias: <b>20 PONTOS</b>  - acima de 10 dias: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório fornecido pelo Departamento de Atenção Primária
<b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME INFORMAÇÃO PRESTADA PELO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (DEAPS) O TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA EXAMES LABORATORIAIS FOI DE 2,90 DIAS, DANDO-SE ATENDIMENTO AO INDICADOR. <b>PONTUAÇÃO: 40 PONTOS</b>					
2 2	<b>GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	<b>1º trimestre</b> – 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. <b>2º trimestre</b> – Monitorar a gestão de riscos. <b>3º trimestre</b> – Monitorar a metodologia de análise a avaliação. <b>4º trimestre</b> – Monitorar a sistemática de notificação de eventos adversos.	<b>Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 20 PONTOS;</b>  - não apresentou: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório de visita técnica feita pela Seção de Auditoria do Dereg.
<b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> 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. <b>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</b>					

<b>2 3</b>	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Instituir ações para a promoção do sistema de Gestão de Qualidade, garantido a melhoria contínua dos processos conforme metodologia	<b>1º trimestre</b> - 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.	<b>Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 20 PONTOS</b>  Não apresentou: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório de visita técnica feita pela Seção de Auditoria do Dereg.
			<b>2º trimestre</b> - 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.		
			<b>3º trimestre</b> - Monitorar a sistemática de auditorias internas. Apresentar relatório das últimas auditorias, contendo análise das não conformidades e busca de melhorias.		
			<b>4º trimestre</b> - 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**

<b>2 4</b>	<b>INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL</b>	Tempo de resposta	Ao ser solicitado leito, apresentar resposta de aceite ou recusa em até 1 hora.	<b>100% das solicitações respondidas em até 1 hora: 30 PONTOS</b>  <b>De 99% a 90%: 20 PONTOS</b>  Abaixo de 90%: <b>NÃO PONTUA.</b>	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>	<b>INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL</b>	Vaga zero	Manter tempo de avaliação do paciente em até 1 hora.	<b>Avaliou acima de 90% da vaga zero em 1 hora: 30 PONTOS</b> Avaliou entre 80% e 89% da vaga zero em 1 hora: <b>20 PONTOS</b> Abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA</b>	Relatório emitido pela SECONVAG / Dereg/SMS
<b><u>AValiação DO INDICADOR:</u></b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, NO PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO EM MÉDIA A 68,31% (SESSENTA E OITO VIRGULA TRINTA E UM POR CENTO), NÃO DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR					
<b><u>PONTUAÇÃO:</u> NÃO PONTUA</b>					
<b>TOTAL DE PONTOS QUALITATIVOS: 370 (TREZENTOS E SETENTA) PONTOS</b>					

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

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

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: GEOVANA DOMINGOS NUNES.....

TITULAR: FLÁVIA MENDES DE SOUZA.....

TITULAR: ANDREZA GALVÃO DE CAMARGO .....

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) .....

FABIANA ORSI BULO (COACE).....