

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 92/2018 DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA (HOSPITAL SANTO ANTONIO), COMISSÃO INSTITUÍDA PELA PORTARIA Nº 043/2014-GPM, DE 12 DE MARÇO DE 2014, POSTERIORMENTE ATUALIZADA PELA PORTARIA Nº 013/2022-GPM DE 02 DE FEVEREIRO DE 2022, PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE MAIO A JULHO/2022 (TERCEIRO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO) – Aos quinze dias do mês de setembro de 2022 (dois mil e vinte e dois), junto às dependências do Departamento de Regulação – Saúde (DEREG), sito à Rua Barão de Paranapiacaba, 241 – Encruzilhada – Santos – SP, deu-se início à REUNIÃO às 15:00 horas, onde compareceram: pela SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA: Néria Lúcia dos Santos e Fleuri Gomes de Melo Filho (Sociedade Portuguesa de Beneficência), membros titulares da comissão, pelo Dereg: Sandro Luiz Ferreira de Abreu (Assessor Téc. Gabinete SMS), Flávia Mendes de Souza (COREG) e Maria José Lima do Carmo Martinatti (SECONC) – membros titulares da comissão, Silvia de Almeida Mendes Andrade (SECONVAG) – membro suplente da comissão; pelo Conselho Municipal de Saúde: ausente a representação. Participou também da reunião Josete Netto Bassalobre (SEAGEN). Iniciada a reunião, é observado que no tocante aos meses de maio e junho, não será feita a avaliação dos indicadores em razão da suspensão de sua exigência pela Lei Federal nº 14.400 de 08 de julho de 2022. É dado andamento à avaliação dos indicadores, conforme segue:

METAS QUANTITATIVAS					
ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
1	REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	Apresentar mensalmente a agenda de primeiras consultas para o Gestor Municipal e/ou Estadual	<p>Disponibilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 (vinte) vagas de avaliação em oncologia cirúrgica (30%); - 40 (quarenta) vagas de avaliação em oncologia clínica (30%); - agenda de cintilografia, conforme pactuado com o Gestor (25%); - relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento (15%). <p>OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 10 (dez) de cada mês.</p>	<p><u>Disponibilizou 100% do pactuado: 60 pontos;</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - entre 99% e 80%: 40 pontos; - entre 79% e 70%: 20 pontos; Abaixo de 70%, não pontua. 	<p>1 - Relatório elaborado pelo gestor municipal através da SEAGEN-DEREG confirmando o recebimento da agenda mensal</p> <p>2 – Relatório apresentado pela Instituição demonstrando a oferta do quantitativo na rede de oncologia</p> <p>3 - Relação de pacientes providenciada pelo prestador.</p>

AValiação do Indicador: Quanto ao item 1, no tocante ao recebimento da agenda mensal das vagas de oncologia cirúrgica e clínica, em razão da disponibilização de vagas por meio do sistema CROSS, que não permite uma visualização pela regulação municipal, foi apresentada comprovação pelo hospital, por meio da apresentação de relatório do sistema CROSS, bem como a

relação dos pacientes avaliados. Quanto a cintilografia, o indicador foi atendido dentro do quantitativo de pacientes encaminhados para atendimento junto ao hospital (teto previamente combinado de R\$ 20.000,00 em exames no mês, conforme relatório da SEAGEN).

PONTUAÇÃO: 60 (sessenta) pontos.

2	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.	<p><u>Realizou no trimestre:</u></p> <p><u>163 cirurgias ou mais: 60 pontos;</u></p> <p>- entre 100 e 162 cirurgias: 40 pontos;</p> <p>- entre 60 e 99 cirurgias: 20 pontos;</p> <p>Realizou menos que 60 cirurgias, não pontua.</p>	Relatório emitido pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) junto a SEACONT-DEREG.
---	-------------------------------	--	--	---	---

AValiação DO INDICADOR: Conforme relatório apresentado pela Seção de Avaliação e Controle (SEACONT), no mês avaliado o hospital realizou 31 (trinta e uma) cirurgias oncológicas. Aplicando a proporcionalidade da pontuação referente a 01 (um) mês, o hospital pontua parcialmente.

PONTUAÇÃO: 20 (vinte) pontos

3	REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES	Enviar diariamente o censo com a distribuição dos leitos de internação SUS para a Central de Regulação Municipal.	a) Disponibilizar diariamente 100% dos leitos SUS, conforme CNES.	<p><u>Disponibilizou 100% do pactuado: 60 pontos;</u></p> <p>Não disponibilizou, não pontua.</p>	Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG.
		Enviar diariamente o censo com a distribuição dos leitos de UTI para a Central de Regulação Municipal.	b) Disponibilizar diariamente 7 (sete) leitos de UTI.	<p><u>Disponibilizou 100% (7 leitos): 80 pontos;</u></p> <p>Não disponibilizou, não pontua.</p>	Relatório da supervisão de regulação in loco X Censo Hospitalar.

AValiação DO INDICADOR: Conforme informado pela SECONVAG, houve a disponibilização de 100% (cem por cento) dos leitos SUS, de acordo com o censo enviado pelo hospital, atingindo desta forma, **60 (sessenta) PONTOS** no item "a". Informa também a SECONVAG que os 07 (sete) leitos de UTI foram disponibilizados em sua totalidade, de forma que o hospital alcança **80 (oitenta) pontos** no item "b". **PONTUAÇÃO: 140 (cento e quarenta) pontos**

4	REGULAÇÃO DE VAGAS EM OFTALMOLOGIA	Disponibilizar mensalmente a agenda de primeiras consultas, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais/hospitalares para o Gestor Municipal por e-mail: seagen@santos.sp.gov.br, até o dia 20 antecedente ao mês.	Apresentar agenda mensal com a seguinte distribuição de vagas: <table border="1" data-bbox="778 719 1082 808"> <tr> <td>Catarata</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Glaucoma</td> <td>4</td> </tr> </table>	Catarata	25	Glaucoma	4	Disponibilizou no trimestre 100% do pactuado: 20 pontos; Não disponibilizou, não pontua.	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/DEREG.
Catarata	25								
Glaucoma	4								

AValiação DO INDICADOR: Conforme informado em relatório pela SEAGEN, no mês avaliado foram disponibilizadas 25 (vinte e cinco) vagas para o ambulatório de catarata e 04 vagas para o ambulatório de Glaucoma, conforme consta no indicador.

PONTUAÇÃO: 20 (vinte) pontos

METAS QUALITATIVAS

ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
5	TAXA DE OCUPAÇÃO	Otimizar os recursos disponíveis.	Manter taxa de ocupação dos leitos de clínica em no mínimo 85%.	Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 100 pontos; - entre 84,9 e 70%: 60 pontos; Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG extraído do SISREG.
			Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI em no mínimo 85%.	Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 100 pontos; - entre 84,9 e 80%: 60 pontos;	Relatório disponibilizado pela supervisão de regulação in loco fornecido pela SECONVAG/DEREG.

				Abaixo de 80%: não pontua.	
--	--	--	--	--------------------------------------	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Informado pela SECONVAG que o hospital manteve a ocupação dos leitos de clínica em 78%, atingindo a pontuação parcial de 60 (sessenta) pontos. Em relação à ocupação da UTI, a mesma foi de 100%, atingindo integralmente o segundo item do indicador, ou seja, 100 (cem) pontos. O indicador será revisto uma vez que o hospital apresenta taxa de recusa abaixo de 10% e não tem recebido demanda que comporte o alcance de todo o percentual de ocupação mencionado no indicador. **PONTUAÇÃO: 160 (cento e sessenta) pontos**

6	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Manter NIR (Núcleo Interno de Regulação) multiprofissional com funcionamento das 24 horas (sete dias da semana) constituindo interface com a Central de Regulação Municipal, com adesão dos protocolos.	- Manter NIR em conformidade com a legislação em vigor (Portaria de consolidação nº 02 de 28/09/2017, em seu artigo 6º, inciso IV. - Funcionamento 24 horas.	<u>Aderiu entre 95% a 100% dos protocolos no trimestre: 80 pontos;</u> Aderiu entre 94,9% a 90% dos protocolos no trimestre: 30 pontos; Abaixo de 90%: não pontua.	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg. 2-Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-Dereg por meio de indicador.
		Tempo de resposta	Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora.	<u>Respondeu 100% da solicitação em 1 hora: 80 pontos</u> Respondeu entre 99% e 90% da solicitação em 1 hora: 40 pontos Abaixo de 90%: não pontua	Relatório emitido pela CRV / Dereg/SMS
		Taxa de Recusa	Manter taxa de recusa em no máximo 15%	<u>Aceite de 85% ou mais = 80 pontos</u> Aceite menor que 85% = não pontua	Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-Dereg por meio de indicador

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Conforme informação da SECONVAG, o NIR do hospital não funciona nas 24 (vinte e quatro) horas e não está em conformidade com a portaria acima citada (atualmente tem o funcionamento até as 22h), não atingindo a pontuação no item "a". Em relação ao tempo de resposta, a SECONVAG relata que o hospital responde 100% dos casos em até 1 (uma) hora, portanto, pontua 80 (oitenta) pontos. A taxa de recusa ficou abaixo dos 10%, ou seja,

pontua 80 (oitenta) pontos.

PONTUAÇÃO: 160 (cento e sessenta) pontos

7	COMISSÕES INSTITUCIONAIS	Demonstrar a efetiva atuação das Comissões de CCIH, Prontuário, Óbitos e Humanização.	Apresentar cópias das atas das reuniões realizadas no período avaliado com no mínimo 60% de presença dos membros das comissões.	<u>Apresentou ata de todas as Comissões: 40 pontos;</u> Não apresentou, não pontua.	Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados.
---	---------------------------------	---	---	--	--

AValiação DO INDICADOR: Apresentadas pelo hospital as Atas da CCIH, Prontuário, Óbitos e Humanização realizadas em julho de 2022.

PONTUAÇÃO: 40 (quarenta) pontos

8	CONTROLE DE INFEÇÃO HOSPITALAR	Densidade de Incidência de Infecção Primária de corrente sanguínea laboratorial para pacientes na UTI.	Manter abaixo de 3,4%.	<u>Manteve abaixo de 3,4%: 40 pontos;</u> Acima de 3,4%, não pontua.	Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador, devidamente assinado.
---	---------------------------------------	--	------------------------	---	---

AValiação DO INDICADOR: Apresentada pelo hospital relatório com taxa de Infecção em 9,52% no mês, atingindo o indicador. O indicador deverá ser revisto, frente à argumentação apresentada pelo hospital. **O HOSPITAL NÃO PONTUA**

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 80%.	<u>Apresentou dentro do percentual pactuado: 30 pontos;</u> Abaixo do percentual pactuado: 10 pontos; Não apresentou, não pontua.	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados
---	--	--	--	---	---

AValiação DO INDICADOR: Apresentado relatório com nível de satisfação dos clientes acima de 80% no período, atendendo ao indicador.

PONTUAÇÃO: 30 (trinta) pontos

10	MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS	Comprovar o bom estado de conservação e de funcionamento dos equipamentos disponibilizados no convênio.	Apresentar os contratos ou relatórios de manutenção dos equipamentos de Ar condicionado para áreas críticas (Centro Cirúrgico e UTI), Elevadores, Radioterapia, Raio X, Tomografia e	<u>Apresentou 100% dos contratos ou relatórios: 30 pontos;</u> - entre 80% e 99,9%: 10 pontos;	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados.
----	--	---	--	---	--

			Ultrassonografia.	Abaixo de 80%, não pontua.	
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentados os relatórios de manutenção dos elevadores, dos aparelhos de raio-x, tomografia, ultrassonografia, ar condicionado, atendendo ao indicador. PONTUAÇÃO: 30 (trinta) pontos					
11	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 4% ao mês.	Manteve em 4% ou menos: 40 pontos; Acima de 4%, não pontua.	Relatório emitido pelo prestador, devidamente assinado.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado relatório com taxa de mortalidade institucional de 4,42%. O HOSPITAL NÃO PONTUA					
12	GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Manter ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	Manter o monitoramento dos protocolos de segurança do paciente, preconizado na RDC 36, através de indicadores e manter equipe para auditoria de riscos. Manter gestão de riscos (Identificação de riscos, análise, avaliação e monitoramento); <i>Manter sistemática de notificação de eventos adversos.</i>	<u>Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 50 pontos;</u> - apresentou parcialmente: 25 pontos; - não apresentou: não pontua.	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Conforme visita técnica realizada pela equipe do Dereg/SMS, constante do relatório nº 109, foi verificado o alcance de 100% na aferição do indicador para o período avaliado. PONTUAÇÃO: 50 (cinquenta) pontos					
13	GESTÃO DA QUALIDADE	Implantar/ Definir metodologia de Sistema de Gestão de Qualidade, garantindo a melhoria contínua dos processos	Implantar por trimestre novas práticas do Sistema de Gestão da Qualidade conforme metodologia definida, como por exemplo: Gestão de Processos, Gestão de Documentos, sistemática de auditorias internas, busca pela melhoria contínua, entre outras)	<u>Apresentou nova prática SGQ: 50 pontos</u> Não apresentou: não pontua	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Conforme visita técnica realizada pela equipe do Dereg/SMS, constante do relatório nº 109, foi verificado o alcance de 100% na aferição do indicador para o período avaliado. PONTUAÇÃO: 50 (cinquenta) pontos					

Na somatória de pontos, o hospital totalizou 240 (duzentos e quarenta) pontos nos indicadores quantitativos, que corresponde ao pagamento de 100% (cem por cento) da parte variável; e quanto aos indicadores qualitativos, a pontuação foi de 520 (quinhentos e vinte) pontos, atingindo o percentual de 75% (setenta e cinco por cento) para recebimento da parte variável.

Nada mais havendo a acrescentar, encerra-se a presente ata, que foi digitada por mim, Flávia Mendes de Souza e assinada por todos os presentes.

MEMBROS DA COMISSÃO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANDRO LUIZ FERREIRA DE ABREU (GAB/DEREG) _____

FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG) _____

MARIA JOSÉ LIMA DO CARMO MARTINATTI (SECONC) _____

SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG) _____

MEMBROS DA COMISSÃO PELO SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

NÉRIA LÚCIA DOS SANTOS _____

FLEURI GOMES DE MELO FILHO _____

REPRESENTAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE :

Observação: o Conselho Municipal de Saúde foi cientificado quanto ao reagendamento da reunião da comissão por e-mail em 13/09/2022. Cópia desta comunicação integra a documentação desta reunião.

DEMAIS PARTICIPANTES:

JOSETE NETTO BASSALOBRE (SEAGEN) _____