

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 OUTUBRO, NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2022. **OBSERVAÇÃO: CONSIDERANDO QUE FOI ASSINADO UM NOVO POA EM 01/11/2022, A AVALIAÇÃO CONSIDEROU O POA VIGENTE ATÉ 31/10/2022 PARA O MÊS DE OUTUBRO E O POA ASSINADO EM 01/11/2022 PARA OS MESES DE NOVEMBRO E DEZEMBRO/2022** – Aos 17 (dezesete) dias do mês de abril de 2023, 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 15:00 horas, onde compareceram os membros da Comissão de Acompanhamento dos Convênios de Contratualização, a saber: **MEMBROS DA SMS**: ELOISA FRAGA LOPES GALASSO (DEREG), FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG) e ANDREZA GALVÃO DE CAMARGO (SEAUDIT) como membros titulares; e MARIZANGELA LIMA SOARES (COACE); e SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG) como membros suplentes; **MEMBROS DA SANTA CASA**: RAQUEL PEREZ CARVALHO NOGUEIRA como membro titular; **MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**: AUSENTES. REUNIÃO ESSA ALUSIVA AO **SEGUNDO TRIMESTRE** DO PLANO OPERATIVO ANUAL, 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 trimestral com a seguinte distribuição:</p> <p>TRATAMENTO CIRÚRGICO (GERAL / GASTRO / TORACICA / UROLOGIA / CABEÇA E PESCOÇO / GINECOLOGIA / NEUROCIRURGIA 150 VAGAS;</p> <p>TRATAMENTO CLÍNICO ADULTO: 105 VAGAS;</p> <p>TRATAMENTO CLÍNICO HEMATOLÓGICO (ADULTO E PEDIÁTRICO): 48 VAGAS.</p> <p>- Disponibilizar a relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento.</p>	<p><u>Disponibilizou 100% do pactuado: 80 PONTOS;</u></p> <p>- entre 99% e 90%: 60 PONTOS;</p> <p>- entre 89% e 80%: 40 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 trimestral 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><u>Disponibilizou 100% do pactuado: 30 PONTOS;</u></p> <p>- entre 99% e 90%: 20 PONTOS;</p> <p>- entre 89% e 80%: 10 PONTOS;</p> <p>Entre 79% e 70%: 5 PONTOS</p> <p>- abaixo de 70%; NÃO PONTUA.</p>	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/DEREG.</p>																		
		<u>OUTUBRO/2022</u>	<p>C) Apresentar agenda trimestral 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;">15</td> </tr> <tr> <td>Endoscopia (acima de 70 anos)</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td>Cateterismo</td> <td style="text-align: center;">135</td> </tr> </table>	Colonoscopia (acima de 70 anos)	15	Endoscopia (acima de 70 anos)	15	Cateterismo	135	<p><u>Disponibilizou no trimestre: 100% do pactuado: 40 PONTOS;</u></p> <p>- entre 99% e 90%: 30 PONTOS;</p> <p>- entre 89% e 80%: 20 PONTOS;</p> <p>- Entre 79% e 70%: 10 PONTOS;</p> <p>- abaixo de 70%: NÃO PONTUA.</p>	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/DEREG.</p>												
Colonoscopia (acima de 70 anos)	15																						
Endoscopia (acima de 70 anos)	15																						
Cateterismo	135																						
		<u>MESES DE NOVEMBRO E DEZEMBRO</u>	<p>C) Apresentar mensalmente agenda 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;">05</td> </tr> <tr> <td>Endoscopia (acima de 70 anos)</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>Cateterismo</td> <td style="text-align: center;">45</td> </tr> <tr> <td>Espermograma (após vasectomia)</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Curva Glicêmica (2 dosagens)</td> <td style="text-align: center;">200</td> </tr> <tr> <td>Glicemia Pós Prandial</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>Coagulograma</td> <td style="text-align: center;">225</td> </tr> <tr> <td>Micológico</td> <td style="text-align: center;">12</td> </tr> <tr> <td>Teste do Hormônio do Crescimento sob estímulo</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> </table>	Colonoscopia (acima de 70 anos)	05	Endoscopia (acima de 70 anos)	05	Cateterismo	45	Espermograma (após vasectomia)	10	Curva Glicêmica (2 dosagens)	200	Glicemia Pós Prandial	05	Coagulograma	225	Micológico	12	Teste do Hormônio do Crescimento sob estímulo	05	<p><u>Disponibilizou no trimestre: 100% do pactuado: 40 PONTOS;</u></p> <p>- entre 99% e 90%: 30 PONTOS;</p> <p>- entre 89% e 80%: 20 PONTOS;</p> <p>- Entre 79% e 70%: 10 PONTOS;</p> <p>- abaixo de 70%: NÃO PONTUA.</p>	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/DEREG.</p>
Colonoscopia (acima de 70 anos)	05																						
Endoscopia (acima de 70 anos)	05																						
Cateterismo	45																						
Espermograma (após vasectomia)	10																						
Curva Glicêmica (2 dosagens)	200																						
Glicemia Pós Prandial	05																						
Coagulograma	225																						
Micológico	12																						
Teste do Hormônio do Crescimento sob estímulo	05																						

AVALIAÇÃO DO INDICADOR:

ITEM "A": A META DO INDICADOR PERMANECE A MESMA PARA TODO O PERÍODO AVALIADO, OU SEJA, OUTUBRO, NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2022. ENTRETANTO, ANTE A PUBLICAÇÃO DE NOVO PLANO OPERATIVO ANUAL (POA) EM 01/11/2022, A FONTE DE INFORMAÇÃO FOI ALTERADA, CONSIDERANDO QUE O Dereg NÃO DISPÕE MAIS DA VISUALIZAÇÃO VIA SISTEMA DAS CONSULTAS DE ONCOLOGIA, QUE PASSARAM A SER REGULADAS PELO SISTEMA CROSS DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. ASSIM, FOI APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO RELATÓRIO DEMONSTRANDO A OFERTA DO QUANTITATIVO NA REDE DE ONCOLOGIA, BEM COMO A RELAÇÃO DE PACIENTES AVALIADOS E REGISTRO DE CONTINUIDADE DO TRATAMENTO.

PONTUAÇÃO DE 80 PONTOS.

ITEM "B": QUANTO A ESTE ITEM, A META PERMANECEU A MESMA, TODAVIA HOUVE A CORREÇÃO NA APRESENTAÇÃO DA AGENDA NO POA ASSINADO EM 01/11/2022, QUE PASSOU DE TRIMESTRAL PARA MENSAL. SEGUNDO INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA SEAGEN/COACE/DEREG, FORAM APRESENTADAS AS AGENDAS NAS ESPECIALIDADES PACTUADAS, NUM TOTAL DE 1.108 (UM MIL CENTO E OITO) VAGAS NO TRIMESTRE AVALIADO, EM ATENDIMENTO AO INDICADOR.

PONTUAÇÃO 30 PONTOS

ITEM "C": SEGUNDO INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA SEAGEN/COACE/DEREG, PARA O MÊS DE OUTUBRO DE 2022, DENTRO DAS METAS PACTUADAS PARA O TRIMESTRE, FORAM APRESENTADAS 05 (CINCO) VAGAS PARA COLONOSCOPIA E 05 (CINCO) VAGAS PARA ENDOSCOPIA, DENTRO DA QUANTIDADE PROPORCIONAL PARA O MÊS. ENTRETANTO, NÃO FORAM OFERTADAS VAGAS DE CATETERISMO, QUE SEGUNDO A COACE, FORAM JUSTIFICADAS PELA FALTA DE INSUMOS. PARA OS MESES DE NOVEMBRO E DEZEMBRO/2022, JÁ DENTRO DO POA ASSINADO EM 01/11/2022, FORAM OFERTADAS 100% (CEM POR CENTO) DAS VAGAS PACTUADAS, COM EXCEÇÃO DO CATETERISMO, ONDE FORAM OFERTADAS APENAS 44% (QUARENTA E QUATRO POR CENTO) DAS VAGAS. **40 PONTOS**

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 150 (CENTO E CINQUENTA) PONTOS

2	REGULAÇÃO DE VAGAS EM OFTALMOLOGIA	Disponibilizar mensalmente a agenda de primeiras consultas, procedimentos diagnósticos e 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 trimestral com a seguinte distribuição de vagas:	<u>Disponibilizou no trimestre 100% do pactuado:</u> 70 PONTOS; - entre 99% e 80%: 50 PONTOS; - entre 79% e 70%: 30 PONTOS; - abaixo de 70%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/DEREG.									
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Consultas</td><td style="text-align: center;">267</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Estrabismo</td><td style="text-align: center;">24</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Plástica Ocular</td><td style="text-align: center;">18</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Catarata</td><td style="text-align: center;">60</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Oftalmo Infantil</td><td style="text-align: center;">30</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Retina</td><td style="text-align: center;">45</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Glaucoma</td><td style="text-align: center;">90</td></tr> </table>			Consultas	267	Estrabismo	24	Plástica Ocular	18	Catarata	60	Oftalmo Infantil
Consultas	267													
Estrabismo	24													
Plástica Ocular	18													
Catarata	60													
Oftalmo Infantil	30													
Retina	45													
Glaucoma	90													

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA COACE/DEREG, DOS QUANTITATIVOS DE VAGAS A SEREM OFERTADOS PARA O TRIMESTRE (267 VAGAS) FOI APRESENTADA A AGENDA DE 273 (DUZENTAS E SETENTA E TRÊS). DESTA FORMA, DEU-SE ATENDIMENTO A 100% DO INDICADOR. **PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 70 (SETENTA) PONTOS**

<u>3</u>	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 (8 leitos), além dos leitos de UTI ADULTO contratualizados (não RUE), conforme classificação numérica dos leitos SUS.	<u>Disponibilizou 100% do pactuado: 100 PONTOS;</u> - entre 99% e 80%: 75 PONTOS; - entre 79% e 70%: 50 PONTOS; - abaixo de 70%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/DEREG.
		Manter as altas hospitalares atualizadas no SISREG.	B) Manter atualizadas entre 95% e 100% das altas hospitalares e transferências durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia.	<u>Manteve atualizado: igual ou acima de 95%: 20 PONTOS;</u> - entre 94,9 e 70%: 10 PONTOS; - abaixo de 70%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/DEREG extraído do SISREG.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: ESSE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. **QUANTO A PRIMEIRA PARTE DO INDICADOR**, CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, COM RELAÇÃO À PRIMEIRA PARTE DO INDICADOR, A MÉDIA PERCENTUAL DE DISPONIBILIZAÇÃO DOS LEITOS DA RUE FOI DE 100%, CORRESPONDENDO AO ALCANCE DOS **100 PONTOS**.

COM RELAÇÃO A SEGUNDA PARTE DO INDICADOR, CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/DEREG, FOI APURADO UM PERCENTUAL DE 13,89% NESSA ATUALIZAÇÃO. O HOSPITAL NÃO PONTUA NESSA PARTE.

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 100 PONTOS

<u>4</u>	SAÍDAS HOSPITALARES	Apresentar o processamento das AIH nos eixos pactuados no trimestre.	<u>MEDIA COMPLEXIDADE:</u> de acordo com o teto financeiro estimado. <u>CLÍNICA MÉDICA/ PEDIATRIA</u> 1050 saídas no trimestre; <u>CLÍNICA CIRÚRGICA:</u> 600 saídas no trimestre. <u>ALTA COMPLEXIDADE:</u> de acordo com o teto financeiro estimado.	<u>MC: apresentou 1650 saídas de pediatria / clínica médica / cirúrgica, ou mais no trimestre: 40 PONTOS;</u> - entre 1649 e 1500/trimestre: 25 PONTOS; - entre 1499 e 1450/trimestre: 10 PONTOS; Abaixo de 1450 saídas/trimestre: NÃO PONTUA.	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	---------------------	--	---	---	---

			<p><u>CLÍNICA MÉDICA:</u> <u>CLÍNICA CIRÚRGICA</u> 393 saídas no trimestre.</p>	<p><u>AC: apresentou 393 saídas clínica/cirúrgica ou mais no trimestre:</u> <u>40 PONTOS;</u></p> <p>- entre 392 e 300 saídas/trimestre: 25 PONTOS;</p> <p>- entre 299 e 290 saídas/trimestre: 10 PONTOS;</p> <p>Abaixo de 290 saídas/trimestre: NÃO PONTUA.</p>	
--	--	--	---	--	--

AValiação do Indicador: ESSE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. SEGUNDO INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO TOCANTE A **MÉDIA COMPLEXIDADE**, NO PERÍODO AVALIADO O HOSPITAL APRESENTOU 944 (NOVECANTAS E QUARENTA E QUATRO) SAÍDAS DE CLÍNICA MÉDICA E PEDIÁTRICA E 1063 (UM MIL E SESENTA E TRÊS) SAÍDAS DE CLÍNICA CIRÚRGICA, TOTALIZANDO 2007 (DOIS MIL E SETE) SAÍDAS PARA ESTE ITEM DO INDICADOR – **40 PONTOS**.

NO TOCANTE A ALTA COMPLEXIDADE O HOSPITAL APRESENTOU 406 (QUATROCENTOS E SEIS) SAÍDAS HOSPITALARES DE CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA. O HOSPITAL PONTUA INTEGRALMENTE, **40 PONTOS**.

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 80 PONTOS

<u>5</u>	ATENDIMENTO AMBULATORIAL	Realizar exames, consultas e procedimentos ambulatoriais.	<p>Cumprir o quantitativo mínimo trimestre de procedimentos ambulatoriais:</p> <table border="1"> <tr> <td>Diag. por endoscopia</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>TRS</td> <td>5.700</td> </tr> <tr> <td>Peq. Cirurgias</td> <td>750</td> </tr> </table>	Diag. por endoscopia	36	TRS	5.700	Peq. Cirurgias	750	<p><u>Realizou no trimestre:</u> <u>100% do pactuado: 20 PONTOS;</u></p> <p>Entre 99 e 80%: 10 PONTOS;</p> <p>Abaixo de 80%: NÃO PONTUA.</p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
Diag. por endoscopia	36										
TRS	5.700										
Peq. Cirurgias	750										

AValiação do Indicador: ESSE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. SEGUNDO INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DO TOTAL DE 6.486 (SEIS MIL, QUATROCENTOS E OITENTA E SEIS) PROCEDIMENTOS PACTUADOS PARA O TRIMESTRE, O HOSPITAL REALIZOU 5.968 (CINCO MIL, NOVECENTOS E SESENTA E OITO), ATENDENDO A 92% DO INDICADOR:

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 10 PONTOS

<u>6</u>	CIRURGIAS EM ONCOLOGIA	Realizar as cirurgias oncológicas preconizadas para o CACON.	<p>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>	<p><u>Realizou no trimestre:</u> <u>163 cirurgias ou mais:</u> <u>80 PONTOS;</u></p> <p>- entre 162 e 150 cirurgias: 60 PONTOS;</p> <p>- entre 149 e 100 cirurgias: 50 PONTOS;</p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	-------------------------------	--	---	---	---

				Abaixo de 100 cirurgias: NÃO PONTUA.	
--	--	--	--	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: ESSE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. SEGUNDO INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL REALIZOU 222 (DUZENTAS E VINTE E DUAS) CIRURGIAS ONCOLÓGICAS NO TRIMESTRE AVALIADO, ALCANÇANDO 100% DO INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 80 PONTOS

<u>7</u>	CIRURGIAS EM ORTOPEdia	Realizar as cirurgias trauma-ortopédicas	Realizar o quantitativo mínimo trimestral de 321 cirurgias em Trauma-Ortopedia, de acordo com a Portaria nº 90, de 27 de março de 2009.	Realizou no trimestre: 321 cirurgias ou mais: 80 PONTOS. - entre 320 e 300 cirurgias: 50 PONTOS; Abaixo de 300 cirurgias: NÃO PONTUA.	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	-------------------------------	--	---	--	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: ESSE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. SEGUNDO INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL REALIZOU 288 (DUZENTAS E OITENTA E OITO) CIRURGIAS ORTOPÉDICAS NO TRIMESTRE. CONSIDERANDO QUE ESTA META TEM POR BASE DE CÁLCULO OS LEITOS DE ORTOPEdia CONSTANTES DO CNES, A META ATUAL É DE 200 (DUZENTAS) POR TRIMESTRE, DE FORMA QUE O HOSPITAL ALCANÇA A PONTUAL TOTAL.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 80 PONTOS

INDICADORES QUALITATIVOS

<u>ITEM</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>AÇÃO</u>	<u>META</u>	<u>PONTUAÇÃO</u>	<u>FONTE DE INFORMAÇÃO</u>
<u>8</u>	TAXA DE OCUPAÇÃO	Otimizar os recursos disponíveis.	A) Manter taxa de ocupação dos leitos RUE em 85%, conforme estipulado na Portaria GM/MS nº 2395, de 11 de outubro de 2011	Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS; - entre 84 a 80%: 30 PONTOS; Abaixo de 80%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/DEREG extraído do SISREG.
			B) Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto em no mínimo 85%.	Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS; - entre 84 e 70%: 30 PONTOS; - abaixo de 70%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela supervisão de regulação in loco fornecido pela SECONVAG/DEREG.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, COM RELAÇÃO AO ITEM "A" DO INDICADOR, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO MÉDIA DE 62,69% PARA OS LEITOS DE UTI PEDIÁTRICA RUE E 88,98% NOS LEITOS CLÍNICOS RUE, RESULTANDO EM UM TOTAL DE

75,83% NO TRIMESTRE, NÃO ALCANÇANDO PONTUAÇÃO NESTE ITEM. COM RELAÇÃO AO ITEM “B” DO INDICADOR, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO MÉDIA DOS LEITOS DE UTI ADULTO DE 87,50%, PONTUANDO **50 PONTOS**.

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 50 PONTOS

<u>9</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> - entre 11 a 20 dias: 20 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: 30 PONTOS;</u> - entre 8 a 16 dias: 20 PONTOS; - maior que 16 dias: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/DEREG extraído do SISREG.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, COM RELAÇÃO À PRIMEIRA PARTE DO INDICADOR, O HOSPITAL APRESENTOU MÉDIA DE PERMANÊNCIA PARA O PERÍODO AVALIADO DE 9,37 DIAS PARA O LEITO RUE. **30 PONTOS**. PARA A SEGUNDA PARTE DO INDICADOR, O HOSPITAL APRESENTOU MÉDIA DE PERMANÊNCIA PARA O PERÍODO AVALIADO DE 5,00 DIAS PARA O LEITO CIRÚRGICO. **30 PONTOS**.

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 60 PONTOS

<u>10</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. Referidas atas deverão ter detalhadas as ações desenvolvidas pela Comissão e resultados alcançados.	<u>Apresentou ata de todas as Comissões e documentos relacionados: 20 PONTOS;</u> - não apresentou: NÃO PONTUA.	Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados por parte da Instituição.
-----------	--	---	---	--	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: ESSE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. APRESENTADAS PELO HOSPITAL AS ATAS DAS COMISSÕES MENCIONADAS.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS

<u>11</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.
-----------	---------------------------------	---	---	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: ESTE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. APRESENTADO PELO

HOSPITAL RELATÓRIOS COM TAXA DE INFECÇÃO DE INFECÇÃO PRIMARIA POR CATETER VENOSO CENTRAL (IPCS) EM 0,14% EM OUTUBRO, 011% EM NOVEMBRO E 012% EM DEZEMBRO EM ATENDIMENTO AO INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS

<u>12</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: ESTE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. APRESENTADA PELO HOSPITAL PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM PERCENTUAL DE APROVAÇÃO ACIMA DO PRECONIZADO PELO INDICADOR, TANTO NO ATENDIMENTO INTERNO, QUANTO EXTERNO.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS

<u>13</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: ESTE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. APRESENTADA PELO HOSPITAL DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS CONTRATOS DE MANUTENÇÃO, EM ATENDIMENTO AO INDICADOR:

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS

<u>14</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.	<p><u>Manteve em 6% ou menos: 20 PONTOS;</u></p> <p>-entre 6 a 8%: 10 PONTOS</p> <p>- acima de 8%: NÃO PONTUA.</p>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
-----------	--	---	--	---	---

AValiação do Indicador: ESTE INDICADOR NÃO SOFREU ALTERAÇÃO ENTRE OS POAS. APRESENTADO EXPEDIENTE DO HOSPITAL INFORMANDO A TAXA DE MORTALIDADE EM 6% ACOMPANHADO DE RELATÓRIO DE FLUXO DE PACIENTES.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS

15	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.	<p>1º trimestre – Realizar o monitoramento dos protocolos de segurança do paciente, preconizado na RDC 36, através de indicadores e implantar equipe para auditoria de riscos.</p> <p>2º trimestre – Implantar gestão de riscos (Identificação de riscos);</p> <p>3º trimestre – Implantar metodologia de análise, avaliação e monitoramento;</p> <p>4º trimestre – Implantar sistemática de notificação de eventos adversos.</p>	<p>Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 30 PONTOS;</p> <p>- apresentou parcialmente: 25 PONTOS;</p> <p>- não apresentou: NÃO PONTUA.</p>	Relatório de visita técnica feita pelo Dereg.
----	---------------------------------	---	---	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: ESTE INDICADOR SOFREU ALTERAÇÃO NA PONTUAÇÃO PARA O POA ASSINADO EM 01/11/2022 PARA 20 (VINTE) PONTOS E PASSOU A SER O INDICADOR 16. A META PERMANECE A MESMA. SEGUNDO RELATÓRIO DE ANÁLISE TÉCNICA REALIZADO PELA SEAUDIT, VERICOU-SE O ATENDIMENTO DE 100% DO INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS

INDICADOR INSERIDO NO POA ASSINADO EM 01/11/2022

15	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.	<p>Tempo médio de espera de 05 dias ou menos: 40 PONTOS;</p> <p>-6 a 10 dias: 20 PONTOS</p> <p>- acima de 10 dias: NÃO PONTUA.</p>	Relatório do DEAB
----	---	---	---	---	-------------------

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO APURADO PELA SEACONT COM BASE EM RELATÓRIO APRESENTADO PELO DEAB/SMS, O TEMPO DE ESPERA PARA OUTUBRO/2022, FOI DE 4,3 DIAS, PARA NOVEMBRO/2022 DE 3,2 DIAS E PARA DEZEMBRO/2022 FOI DE 2,8 DIAS, O QUE RESULTA NUM TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA O PERÍODO DE 3,4 DIAS, DENTRO DO PARÂMETRO ESTABELECIDO PARA O INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 40 (QUARENTA) PONTOS.

16	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)	<p>Apresentou nova prática SGQ: 30 PONTOS</p> <p>Não apresentou: NÃO PONTUA.</p>	Relatório de visita técnica feita pelo Dereg.
----	---------------------	--	--	--	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: ESTE INDICADOR SOFREU ALTERAÇÃO NA PONTUAÇÃO PARA O POA ASSINADO EM 01/11/2022 PASSANDO PARA 20 (VINTE) PONTOS E PASSOU A SER O INDICADOR 17. SEGUNDO RELATÓRIO DE ANÁLISE TÉCNICA REALIZADO PELA SEAUDIT, FOI CONSTATADO O ATENDIMENTO DE 100% DO INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS

<u>17</u>	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Tempo de resposta	Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora.	<p>Respondeu acima de 90% da solicitação em 1 hora: 40 PONTOS</p> <p>Respondeu entre 89% e 80% da solicitação em 1 hora: 30 PONTOS</p> <p>Abaixo de 80%: NÃO PONTUA.</p>	Relatório emitido pela SECONVAG / Dereg/SMS
-----------	---	-------------------	--	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: ESTE INDICADOR SOFREU ALTERAÇÃO NA PONTUAÇÃO PARA O POA ASSINADO EM 01/11/2022 PARA 20 (VINTE) PONTOS E PASSOU A SER O INDICADOR 18. CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, NO TRIMESTRE AVALIADO O HOSPITAL APRESENTOU TEMPO DE RESPOSTA PARA 100% DOS CASOS ENCAMINHADOS DENTRO DO PERÍODO DE 1 (UMA) HORA.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS

<u>18</u>	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Vaga zero	Manter tempo de avaliação do paciente em até 1 hora.	<p>Avaliou acima de 90% da vaga zero em 1 hora: 40 PONTOS</p> <p>Avaliou entre 89% e 80% da vaga zero em 1 hora: 30 PONTOS</p> <p>Abaixo de 80%: NÃO PONTUA</p>	Relatório emitido pela SECONVAG / Dereg/SMS
-----------	---	-----------	--	--	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: ESTE INDICADOR SOFREU ALTERAÇÃO NA PONTUAÇÃO PARA O POA ASSINADO EM 01/11/2022 E PASSOU A SER O INDICADOR 19. CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, O PERCENTUAL DE PACIENTES AVALIADOS EM ATÉ 1 (UMA) HORA FOI DE 72,97%, DE FORMA QUE O HOSPITAL NÃO PONTUA.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 0 PONTOS

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 400 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

A totalização dos indicadores resultou em 580 (quinhentos e oitenta) pontos para as metas quantitativas e 310 (trezentos e dez) pontos para as metas qualitativas, totalizando 890 (oitocentos e noventa) pontos. 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 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 2022**

LISTA DE PRESENÇA

MEMBROS DA SMS

TITULAR: ELOISA FRAGA LOPES GALASSO

TITULAR: FLÁVIA MENDES DE SOUZA

TITULAR: ANDREZA GALVÃO DE CAMARGO

SUPLENTE: MARIZÂNGELA LIMA SOARES.....

SUPLENTE: SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE

MEMBROS DA SANTA CASA

TITULAR: RAQUEL PEREZ CARVALHO NOGUEIRA