

**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 2019** – Aos 20 (vinte) dias do mês de fevereiro de 2020, 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: pela SANTA CASA: Cristiane Silva Santos Mendes (DASS), Nádia Aparecida Silva dos Santos (Central de Vagas do Hospital), Izabel Cristina da Silva Santos (Faturamento); Pelo DEREG: Lilian Martins Cirqueira dos Santos (COREG), Maria José Lima do Carmo Martinatti (SECONC), Mateus de Carvalho Popiel (COACE); Thais Cardoso Soares (SEACONT). Pelo Conselho Municipal de Saúde, Idreno de Almeida. REUNIÃO ESSA ALUSIVA AO SEGUNDO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO ANUAL, com a avaliação os seguintes indicadores:

<b>INDICADORES QUANTITATIVOS</b>					
<b>ITEM</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>META</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>FONTE DE INFORMAÇÃO</b>
<u>1</u>	<b>REGULAÇÃO DE VAGAS AMBULATORIAIS</b>	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 mensalmente com a seguinte distribuição:</p> <p><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO (GERAL / GASTRO/ URO) 25 VAGAS;</b></p> <p><b>TRATAMENTO CLÍNICO PEDIÁTRICO: 08 VAGAS;</b></p> <p><b>TRATAMENTO CLÍNICO ADULTO: 35 VAGAS;</b></p> <p><b>TRATAMENTO CLÍNICO HEMATOLÓGICO (ADULTO E PEDIÁTRICO): 16 VAGAS.</b></p> <p>- Disponibilizar a relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento.</p>	<p><b>Disponibilizou 100%</b></p> <p><b>do pactuado: 80 PONTOS;</b></p> <p>- entre 99% e 80%: <b>50 pontos;</b></p> <p>- entre 79% e 70%: <b>20 pontos;</b></p> <p>- abaixo de 70%: <b>não pontua.</b></p>	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/DEREG.

		<p>B) Apresentar agenda mensal com a distribuição de vagas nas seguintes especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CIRURGIA CARDÍACA;</li> <li>- CIRURGIA PLÁSTICA;</li> <li>- CIRURGIA PEDIÁTRICA;</li> <li>- NEUROCIRURGIA;</li> <li>- TRAUMATO-ORTOPEDIA.</li> </ul>		<p><b>Disponibilizou 100% do pactuado: 30 PONTOS;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entre 99% e 80%: <b>15 pontos;</b></li> <li>- entre 79% e 70%: <b>5 pontos;</b></li> <li>- abaixo de 70%: <b>não pontua.</b></li> </ul>	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/DEREG.</p>						
		<p>C) Apresentar agenda mensal com a seguinte distribuição de VAGAS:</p> <table border="1" data-bbox="652 824 1000 1041"> <tr> <td>Colonoscopia (acima de 70 anos)</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Endoscopia (acima de 70 anos)</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Cateterismo</td> <td>45</td> </tr> </table>	Colonoscopia (acima de 70 anos)	10	Endoscopia (acima de 70 anos)	10	Cateterismo	45		<p><b>Disponibilizou no trimestre: 100% do pactuado: 40 PONTOS;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entre 99% e 80%: <b>20 pontos;</b></li> <li>- entre 79% e 70%: <b>10 pontos;</b></li> <li>- abaixo de 70%: <b>não pontua.</b></li> </ul>	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/DEREG.</p>
Colonoscopia (acima de 70 anos)	10										
Endoscopia (acima de 70 anos)	10										
Cateterismo	45										

**INDICADOR 1 – PONTUAÇÃO TOTAL DE A, B e C = 150 PONTOS**

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** Conforme planilha apresentada pela Seção de Agendamento (SEAGEN),

Item a: excetuando-se tratamento clínico pediátrico, as demais agendas e vagas foram disponibilizadas. Quanto a relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento, a mesma foi entregue neste ato. Dá-se o atendimento de 80% (oitenta por cento) desse quesito, com a atribuição de 50 (cinquenta) pontos.

Item b: foram disponibilizadas as agendas com distribuição das vagas nas especialidades pactuadas, atribuindo-se 30 (trinta) pontos a este quesito.

Item c: foram alcançadas as metas propostas de 10 (dez) vagas para colonoscopia, 10 (dez) vagas para endoscopia e 45 (quarenta e cinco) vagas para cateterismo, atribui-se 40 (quarenta) pontos a este quesito.

**TOTAL DA PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 120 (cento e vinte) pontos**

<b>2</b>	<b>REGULAÇÃO DE VAGAS EM OFTALMOLOGIA</b>	Disponibilizar mensalmente a agenda de primeiras consultas, procedimentos diagnósticos e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais/hospitais 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:		<b>Disponibilizou no trimestre 100% do pactuado: 80 PONTOS;</b>  - entre 99% e 80%: <b>50 pontos;</b>  - entre 79% e 70%: <b>20 pontos;</b>  - abaixo de 70%: <b>não pontua.</b>	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ Dereg.
			Consultas	90		
			Teste Ortóptico	5		
			Injeção Intra Vitreo	2		
			Catarata	20		
			Glaucoma	30		
			Retina	40		

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** Segundo planilha apresentada pela SEAGEN, o hospital está apresentando outros procedimentos para compensação do teste ortóptico que está sendo retirado do POA (aditamento em tramitação), sendo eles estrabismo, oftalmo infantil e plástica ocular. No demais o indicador foi atingido, atribuindo-se 80 (oitenta) pontos.

**PONTUAÇÃO: 80 (oitenta) pontos**

<b>3</b>	<b>REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES</b>	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 e UTI Adulto.	<b>Disponibilizou 100% do pactuado: 100 PONTOS;</b>  - entre 99% e 80%: <b>75 pontos;</b>  - entre 79% e 70%: <b>50 pontos;</b>  - abaixo de 70%: <b>não pontua.</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
		Manter as altas hospitalares atualizadas no SISREG.	Manter atualizadas entre 95% e 100% das altas hospitalares e transferências durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia.	<b>Manteve atualizado: igual ou acima de 95%: 25 PONTOS;</b>  - entre 70 e 94,9%: <b>10 pontos;</b>  - abaixo de 70%: <b>não pontua.</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg extraído do SISREG.

**INDICADOR 3 – PONTUAÇÃO TOTAL DE A +B = 205 PONTOS**

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** Quanto a primeira parte do indicador, conforme planilha apresentada pela SECONVAG/COACE, o atendimento ao indicador foi de 80,4%, atribuindo-se a **pontuação de 75 (setenta e cinco) pontos.**

Quanto a segunda parte do indicador, segundo relatório apresentado pela SECONVAG, o indicador foi atingido acima de 95% (noventa e cinco por cento), **pontuando 25 (vinte e cinco) pontos.**

**TOTAL DO INDICADOR: 100 (CEM) PONTOS**

<b>4</b>	<b>SAÍDAS HOSPITALARES</b>	Apresentar o processamento das AIH nos eixos pactuados no trimestre.	<p><b>MEDIA COMPLEXIDADE:</b> de acordo com o teto financeiro estimativo.</p> <p><b>CLÍNICA MÉDICA :</b> 350 saídas no mês;</p> <p><b>CLÍNICA CIRÚRGICA:</b> 200 saídas no mês.</p> <p><b>ALTA COMPLEXIDADE:</b> de acordo com o teto financeiro estimativo.</p> <p>Entre <b>CLÍNICA MÉDICA E CLÍNICA CIRÚRGICA</b> (exceto oncologia): 85 saídas no mês.</p>	<p><b>MC: apresentou 550 saídas de clínica médica / cirúrgica, ou mais /mês: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 549 e 500/mês: <b>25 pontos;</b></p> <p>- entre 499 e 450/mês: <b>10 pontos;</b></p> <p>Abaixo de 450 saídas/mês: <b>não pontua.</b></p> <p><b>AC: apresentou 85 saídas clínica/cirúrgica ou mais /mês: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 84 e 60 saídas/mês: <b>25 pontos;</b></p> <p>Abaixo de 60 saídas/mês: <b>não pontua.</b></p>	Relatório emitido pela SEACONT/ DEREK com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde (SIHD).
----------	----------------------------	--	---	---	---

**PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR 4: 100 PONTOS**

**AValiação do Indicador:** Segundo relatório apresentado pela SEACONT, o hospital apresentou média de 444 (quatrocentas e quarenta e quatro) saídas na clínica médica e média de 320 (trezentas e vinte) saídas na cirúrgica em média complexidade, pontuando 50 (cinquenta) pontos. Quanto à alta complexidade, apresentou uma média de 64 (sessenta e oito) saídas, atingindo parcialmente o indicador – 25 (vinte e cinco) pontos.

**TOTAL DO INDICADOR: 75 PONTOS**

<b>5</b>	<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 140, de 27 de fevereiro de 2014, qual seja, 650 cirurgias/ano = 163 por trimestre.	<p><b>Realizou no trimestre:</b></p> <p><b>- 163 cirurgias ou mais: 100 PONTOS.</b></p> <p>- entre 150 e 162 cirurgias: <b>75 pontos;</b></p> <p>- entre 100 e 149 cirurgias: <b>50 pontos;</b></p>	Relatório emitido pela SEACONT/ DEREK com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde (SIH).
----------	-------------------------------	--	---	---	--

				Abaixo de 100 cirurgias: <b>não pontua.</b>	
--	--	--	--	---	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** Segundo relatório apresentado pela SEACONT, o hospital realizou 152 (cento e cinquenta e duas) cirurgias no período, pontuando 75 (setenta e cinco) pontos.

**PONTUAÇÃO: 75 (setenta e cinco) pontos**

### INDICADORES QUALITATIVOS

<u>ITEM</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>AÇÃO</u>	<u>META</u>	<u>PONTUAÇÃO</u>	<u>FONTE DE INFORMAÇÃO</u>
<u>6</u>	<b>TAXA DE OCUPAÇÃO</b>	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> - entre 84 a 80%: <b>25 pontos;</b> Abaixo de 80%: <b>não pontua.</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg extraído do SISREG.
			Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto em no mínimo 85%.	<u>Manteve ocupação entre 80 e 85%: 50 PONTOS;</u> - entre 79 e 70%: <b>25 pontos;</b> - abaixo de 70%: <b>não pontua.</b>	Relatório disponibilizado pela supervisão de regulação in loco fornecido pela SECONVAG/ Dereg.

**TOTAL DE PONTOS DO INDICADOR 6: 100 PONTOS**

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** Quanto a primeira parte do indicador, a taxa foi de 88,5% (oitenta e oito ponto cinco por cento), com pontuação de 50 (cinquenta) pontos. Quanto a segunda parte do indicador, no tocante a UTI adulto, a taxa de ocupação foi em medida de 100% (cem por cento). O hospital pontua 50 (cinquenta) pontos.

**O total do indicador foi de 100 pontos**

<u>7</u>	<b>MÉDIA DE PERMANÊNCIA</b>	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>	<u>Manteve média de permanência em até 10 dias: 50 PONTOS;</u> - entre 11 a 20 dias: <b>25 pontos;</b> - maior que 20 dias: <b>não pontua.</b>	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: 50 PONTOS;</u> - entre 8 a 16 dias: <b>25 pontos;</b> - maior que 16 dias: <b>não pontua.</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ DEREГ extraído do SISREG.
--	--	--	--	--	--

**TOTAL DE PONTOS DO INDICADOR 7: 100 PONTOS**

**AValiação do Indicador:** Quanto a primeira parte do indicador, segundo relatório apresentado pela SECONVAG, o hospital manteve média de permanência nos leitos RUE foi 8,3 (oito ponto três) dias, pontuando 50 pontos. Quanto a segunda parte do indicador, o hospital manteve média de permanência no leito cirúrgico de 9,4 (nove ponto quatro) dias, pontuando 25 (vinte e cinco) pontos, totalizando **75 (setenta e cinco) pontos no total do indicador.**

<u>8</u>	<b>COMISSÕES INSTITUCIONAIS: CCIH, PRONTUÁRIO, ÓBITOS E HUMANIZAÇÃO</b>	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.	<u>Apresentou ata de todas as Comissões e documentos relacionados: 20 PONTOS;</u> - não apresentou: <b>não pontua.</b>	Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados por parte da Instituição.
----------	---	---	---	---	---

**AValiação do Indicador:** Apresentadas pelo hospital as atas das comissões mencionadas no indicador, sendo observada uma melhora no relato das atividades desenvolvidas, mas a comissão sugere que se intensifique esse trabalho com vistas a melhora na qualidade da informação.

**O hospital pontua 20 pontos**

<u>9</u>	<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.	<u>Apresentou incidência em até 1%: 20 PONTOS;</u> - até 2%: <b>10 pontos;</b> - acima de 2%: <b>não pontua.</b>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
----------	--	---	---	--	---

**AValiação do Indicador:** Apresentado pelo hospital relatório com os percentuais de 0,04% em outubro, 0,20% em novembro e 0,04% em dezembro. O hospital apresentou relatório com as ações desenvolvidas. **O hospital pontua 20 pontos.**

<u>10</u>	<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%.	<u>Apresentou resultado dentro do percentual pactuado: 20 PONTOS;</u> - entre 69% a 60%: <b>10 pontos;</b>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
-----------	--------------------------------	--	--	---	---

				- abaixo de 60%: <b>não pontua.</b>	
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> Apresentado pelo hospital relatório com percentual acima de 70% (setenta por cento) de aprovação para os pacientes internados (clientes internos) e pacientes externos (anestesiologia, cirurgia plástica, emergência infantil, neurocirurgia, oftalmologia, tomografia e traumatologia). <b>O hospital pontua 20 pontos.</b></p>					
<u>11</u>	<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.	<p><b><u>Apresentou 100% do solicitado: 20 PONTOS;</u></b></p> <p>- entre 80 e 99%: <b>10 pontos;</b></p> <p>- abaixo de 80%: <b>não pontua</b></p>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> Apresentado pelo declaração informando da manutenção preventiva dos elevadores que é realizada pela empresa Elevar cujo contrato foi assinado em 17/04/2019 com vigência de 12 (doze) meses. Informa também em outra declaração, que a manutenção preventiva dos aparelhos de ar condicionado da instituição é realizada pela empresa Colortel – S/A Sistemas Eletrônicos com data de 02/04/2017 e vigência de 36 (trinta e seis) meses. Quanto aos demais contratos, foi apresentada relação contendo as informações sobre objeto e vigência dos contratos mantidos pela instituição.</p> <p><b>O HOSPITAL RECEBE 20 (VINTE) PONTOS.</b></p>					
<u>12</u>	<b>TRIAGEM NEONATAL</b>	Realizar triagem neonatal em 100% dos neonatos.	<p>Realizar os exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- teste de reflexo de Bruckner (do reflexo vermelho);</li> <li>- dosagem de fenilcetonúria (pezinho);</li> <li>- teste da orelhinha;</li> <li>- teste do coraçãozinho.</li> </ul>	<p><b><u>Realizou os exames em 100% dos neonatos no trimestre avaliado: 20 PONTOS;</u></b></p> <p>- entre 90 e 99%: <b>10 pontos;</b></p> <p>- abaixo de 90%: <b>não pontua.</b></p>	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ Dereg.
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> Segundo relatório apresentado pela SEAUDIT, o indicador foi atingido em 100% em outubro, 100% em novembro e 97,87% em dezembro.</p> <p><b>PONTUAÇÃO: 10 PONTOS</b></p>					

<u>13</u>	<b>ATENÇÃO À GESTANTE</b>	Realizar os testes de VDRL e teste rápido de HIV nas gestantes, com inclusão da informação em prontuário e na AIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar os testes em 100% das gestantes que não comprovem a sua realização no 3º trimestre de gestação;</li> <li>- Registrar a informação no prontuário da paciente;</li> <li>- Registrar a informação na AIH, por meio dos códigos 0214010040 e 0202031179;</li> </ul>	<p><b><u>Realizou as ações em 100% das gestantes: 20 PONTOS;</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entre 90 e 99%: <b>10 pontos;</b></li> <li>- abaixo de 90%: <b>não pontua.</b></li> </ul>	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ DEREGR.
-----------	---------------------------	--	---	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** Segundo relatório apresentado pela SEAUDIT, o hospital alcançou percentual de 100% outubro, 100% em novembro e 100% em dezembro. **O hospital pontua 20 pontos.**

<u>14</u>	<b>TAXA DE CESÁREA</b>	Aferir a pertinência do CID Secundário nas indicações de parto cesariano em primíparas, nos termos da Tabela SIGTAP.	Constatar no mínimo 80% de pertinência no CID Secundário nas indicações de parto cesariano em primíparas.	<p><b><u>Constatou 80% de pertinência ou mais: 30 PONTOS;</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- abaixo de 80%: <b>não pontua.</b></li> </ul>	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ DEREGR, com base em 50% de amostragem.
-----------	------------------------	--	---	---	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** Segundo relatório apresentado pela SEAUDIT, o hospital alcançou o indicador no percentual de 100% em outubro, 100% em novembro e 100% em dezembro, com média de 100%. **O hospital pontua 30 pontos.**

<u>15</u>	<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.	<p><b><u>Manteve em 6% ou menos: 20 PONTOS;</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acima de 6%: <b>não pontua.</b></li> </ul>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
-----------	--	---	--	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** Apresentado pelo hospital gráfico com 5,56% em outubro, 5,61% em novembro e 5,24% em dezembro, com média 5,47% de taxa de mortalidade. **O hospital pontua 20 pontos.**

<u>16</u>	<b>GESTÃO DA CLÍNICA</b>	Monitorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente atendido na RUE.	Acompanhar a execução do processo já implantado – KANBAN, nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva.	<p><b><u>Apresentou 100% das ações do projeto implantado: 25 PONTOS;</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entre 99 e 80%: <b>10 pontos;</b></li> <li>- abaixo de 80%: <b>não pontua.</b></li> </ul>	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ DEREGR.
-----------	--------------------------	--	--	---	---



		Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	<p><b>1° Trimestre</b> – Implantar Núcleo e Plano de Segurança do Paciente (NSP);</p> <p><b>2°/3°/4° Trimestre</b> – Implantar protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2 por trimestre).</p> <p><b>EXEMPLOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolo de identificação do paciente;</li> <li>-Protocolo para prevenção de Úlcera por pressão;</li> <li>-Protocolo de Segurança na Prescrição Uso e Administração de medicamentos;</li> <li>-Protocolo para Cirurgia Segura</li> <li>-Protocolo para prática de Higiene das Mãos;</li> <li>-Protocolo para prevenção de queda.</li> </ul>	<p><b><u>Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 50 PONTOS;</u></b></p> <p>- apresentou parcialmente: <b>25 pontos;</b></p> <p>- não apresentou: <b>não pontua.</b></p>	Relatório de visita técnica feita pela SEAUDIT/ Dereg.
--	--	---	--	---	--

**PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR 16: 75 PONTOS**

**AValiação do Indicador:** Segundo relatório apresentado pela SEAUDIT, o hospital teve alcance de 100% no indicador, **pontuando 75 pontos.**

<p><b>QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUANTITATIVAS</b></p> <p><b>SCORE TOTAL 555 PONTOS</b></p>
001 a 255 pontos – 70% da parte variável
256 a 355 pontos – 80% da parte variável
356 a 445 pontos – 90% da parte variável
446 a 555 pontos – 100% da parte variável
<p><b>QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUALITATIVAS</b></p> <p><b>SCORE TOTAL 445 PONTOS</b></p>
001 a 155 pontos – 70% da parte variável
156 a 255 pontos – 80% da parte variável
256 a 345 pontos – 90% da parte variável
346 a 445 pontos – 100% da parte variável

A totalização dos indicadores resultou em 450 (quatrocentos e cinquenta) pontos para as metas quantitativas e 410 (quatrocentos e dez) pontos para as metas qualitativas, totalizando 860 (oitocentos e sessenta) 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:

**PELA COMISSÃO**

LILIAN MARTINS CIRQUEIRA DOS SANTOS .....

MARIA JOSÉ LIMA DO CARMO MARTINATTI .....

NADIA APARECIDA SILVA DOS SANTOS .....

**PELA SANTA CASA:**

CRISTIANE SILVA SANTOS MENDES.....

IZABEL CRISTINA DA SILVA SANTOS.....

**PARTICIPANTES DO Dereg**

MATHEUS DE CARVALHO POPIEL .....

THAIS CARDOSO SOARES .....

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

IDRENO DE ALMEIDA .....