

**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 ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2023** – Aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de agosto 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) e FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG) e THAIS CARDOSO SOARES (SEACONT) como membro suplente; **MEMBROS DA SANTA CASA:** RAQUEL PEREZ CARVALHO NOGUEIRA como membro titular; **MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:** JOSÉ IVO DOS SANTOS (titular) e ANDRE LUIZ DE FRANÇA SOUZA (Suplente); e participantes convidados abaixo relacionados. REUNIÃO ESSA ALUSIVA AO **QUARTO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO ANUAL DISPOSTO JUNTO AO 10º (DÉCIMO) TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO Nº 27/2017 (CONVÊNIO Nº 09-A/2022-SMS)**, 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 15 do mês antecedente.	<p>A) Consulta de avaliação em oncologia clínica, cirúrgica e hematológica.</p> <p>Apresentar agenda mensal com a seguinte distribuição:</p> <p>TRATAMENTO CIRÚRGICO (GERAL / GASTRO / TORACICA / UROLOGIA / CABEÇA E PESCOÇO / GINECOLOGIA / NEUROCIRURGIA <b>150 VAGAS;</b></p> <p>TRATAMENTO CLÍNICO ADULTO: <b>105 VAGAS;</b></p> <p>TRATAMENTO CLÍNICO HEMATOLÓGICO (ADULTO E PEDIÁTRICO): <b>48 VAGAS.</b></p> <p>- Disponibilizar a relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento.</p>	<p><b>Disponibilizou 100% do pactuado: 80 PONTOS;</b></p> <p>- entre 99% e 90%: <b>60 PONTOS;</b></p> <p>- entre 89% e 80%: <b>40 PONTOS;</b></p> <p>-Entre 79% e 70%: <b>20 PONTOS</b></p> <p>- abaixo de 70%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	<p>1- Relatório apresentado pela Instituição demonstrando a oferta do quantitativo na rede de oncologia</p> <p>2 - Relação de pacientes providenciada pelo prestador.</p>

		<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> <p>- entre 99% e 90%: <b>20 PONTOS;</b></p> <p>- entre 89% e 80%: <b>10 PONTOS;</b></p> <p>Entre 79% e 70%: <b>5 PONTOS</b></p> <p>- abaixo de 70%; <b>NÃO PONTUA.</b></p>	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ DEREG.</p>																		
		<p>C) Apresentar mensalmente agenda com a seguinte distribuição de VAGAS:</p> <table border="1" data-bbox="676 878 1027 1612"> <tr> <td>Colonoscopia (acima de 70 anos)</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Endoscopia (acima de 70 anos)</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Cateterismo</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>Espemograma (após vasectomia)</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Curva Glicêmica (2 dosagens)</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>Glicemia Pós Prandial</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Coagulograma</td> <td>225</td> </tr> <tr> <td>Micológico</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Teste do Hormônio do Crescimento sob estímulo</td> <td>05</td> </tr> </table>	Colonoscopia (acima de 70 anos)	05	Endoscopia (acima de 70 anos)	05	Cateterismo	45	Espemograma (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><b>Disponibilizou no trimestre: 100% do pactuado: 40 PONTOS;</b></p> <p>- entre 99% e 90%: <b>30 PONTOS;</b></p> <p>- entre 89% e 80%: <b>20 PONTOS;</b></p> <p>- Entre 79% e 70%: <b>10 PONTOS;</b></p> <p>- abaixo de 70%; <b>NÃO PONTUA.</b></p>	<p>Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ DEREG.</p>
Colonoscopia (acima de 70 anos)	05																					
Endoscopia (acima de 70 anos)	05																					
Cateterismo	45																					
Espemograma (após vasectomia)	10																					
Curva Glicêmica (2 dosagens)	200																					
Glicemia Pós Prandial	05																					
Coagulograma	225																					
Micológico	12																					
Teste do Hormônio do Crescimento sob estímulo	05																					

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

**AValiação do Indicador:**

**PARTE A)** APRESENTADO PELO HOSPITAL O QUANTITATIVO DE VAGAS OFERTADAS JUNTO AO SISTEMA CROSS DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO NO PERÍODO AVALIADO E DENTRO DO PACTUADO PARA O MESMO, BEM COMO A RELAÇÃO DE PACIENTES AVALIADOS E O REGISTRO DE CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO. **PONTUAÇÃO: 80 PONTOS**

**PARTE B)** APRESENTADO PELA SEAGEN/COACE/DEREG PLANILHA COM AS VAGAS DISPONIBILIZADAS EM CONSONÂNCIA COM O PACTUADO PARA O PERÍODO. **PONTUAÇÃO: 30 PONTOS**

**PARTE C)** APRESENTADO PELA SEAGEN/COACE/DEREG PLANILHA COM AS VAGAS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS DISPONIBILIZADAS PELO HOSPITAL PARA O PERÍODO, ONDE FORAM OFERTADAS 100% DAS VAGAS PACTUADAS. **PONTUAÇÃO: 40 PONTOS**

**TOTAL DE PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 150 PONTOS**

<u>2</u>	<b>REGULAÇÃO DE VAGAS EM OFTALMOLOGIA</b>	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 mensal com a seguinte distribuição de vagas:		<b>Disponibilizou no trimestre 100% do pactuado: 70 PONTOS;</b>  - entre 99% e 80%: <b>50 PONTOS;</b>  - entre 79% e 70%: <b>30 PONTOS;</b>  - abaixo de 70%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ DEREK.
			Consultas	267		
			Estrabismo	24		
			Plástica Ocular	18		
			Catarata	60		
			Oftalmo Infantil	30		
			Retina	45		
			Glaucoma	90		

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEAGEN/COACE/DEREK, FORAM OFERTADAS 100% DAS VAGAS PARA O PERÍODO AVALIADO.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 70 PONTOS**

<u>3</u>	<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 (8 leitos), além dos leitos de UTI ADULTO contratualizados (não RUE), conforme classificação numérica dos leitos SUS.	<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/ DEREK.
----------	--	---	---	---	---

		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.	<p><b>Manteve atualizado: igual ou acima de 95%: 20 PONTOS;</b></p> <p>- entre 94,9 e 70%: <b>10 PONTOS;</b></p> <p>- abaixo de 70%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ DEREГ extraído do SISREG.
--	--	---	---	---	--

**INDICADOR 3 – PONTUAÇÃO TOTAL DE A +B = 120 PONTOS**

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:**

**PARTE A) CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO A 100% DO INDICADOR NO PERÍODO AVALIADO. PONTUAÇÃO DO INDICADOR 100 PONTOS**

**PARTE B) CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, O HOSPITAL ATENDEU A APENAS 20,89% DO INDICADOR – MÉDIA DO TRIMESTRE AVALIADO, NÃO ALCANÇANDO O PERCENTUAL MÍNIMO PARA PONTUAÇÃO. NÃO PONTUA NESSE INDICADOR.**

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

<u>4</u>	<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 estimado.</p> <p><b>CLÍNICA MÉDICA/ PEDIATRIA</b> 1050 saídas no trimestre;</p> <p><b>CLÍNICA CIRÚRGICA:</b> 600 saídas no trimestre.</p> <p><b>ALTA COMPLEXIDADE:</b> de acordo com o teto financeiro estimado.</p> <p><b>CLÍNICA MÉDICA:</b> <b>CLÍNICA CIRÚRGICA</b> 393 saídas no trimestre.</p>	<p><b>MC: apresentou 1650 saídas de pediatria / clínica médica / cirúrgica, ou mais no trimestre: 40 PONTOS;</b></p> <p>- entre 1649 e 1500/trimestre: <b>25 PONTOS;</b></p> <p>- entre 1499 e 1450/trimestre: <b>10 PONTOS;</b></p> <p>Abaixo de 1450 saídas/trimestre: <b>NÃO PONTUA.</b></p> <p><b>AC: apresentou 393 saídas clínica/cirúrgica ou mais no trimestre: 40 PONTOS;</b></p> <p>- entre 392 e 300 saídas/trimestre: <b>25 PONTOS;</b></p>	Relatório emitido pela SEACONT/ DEREГ com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	----------------------------	--	--	---	--

				- entre 299 e 290 saídas/trimestre: <b>10 PONTOS;</b>  Abaixo de <b>290</b> saídas/trimestre: <b>NÃO PONTUA.</b>	
--	--	--	--	--	--

**PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR 4: 80 PONTOS**

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:**

**PARTE A)** CONFORME PLANILHA ELABORADA PELA SEACONT/COREG/DEREG, COM BASE NAS INFORMAÇÕES CONSTANTES DOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA O TRIMESTRE AVALIADO O HOSPITAL APRESENTOU 1035 (UM MIL E TRINTA E CINCO) SAIDAS HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE CLÍNICA E PEDIÁTRICA E 912 (NOVECENTOS E DOZE) DE MÉDIA COMPLEXIDADE CIRÚRGICA, TOTALIZANDO 1.947 (UM MIL NOVECENTOS E QUARENTA E SETE) PARA O TRIMESTRE, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. **PONTUAÇÃO 40 PONTOS**

**PARTE B)** CONFORME PLANILHA ELABORADA PELA SEACONT/COREG/DEREG, COM BASE NAS INFORMAÇÕES CONSTANTES DOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA O TRIMESTRE AVALIADO O HOSPITAL APRESENTOU 377 (TREZENTAS E SETENTA E SETE) SAÍDAS DE ALTA COMPLEXIDADE EM CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA, DANDO CUMPRIMENTO PARCIAL AO INDICADOR. **PONTUAÇÃO 25 PONTOS**

**TOTAL DE PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 65 PONTOS**

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

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME PLANILHA ELABORADA PELA SEACONT/COREG/DEREG COM BASE NAS INFORMAÇÕES CONSTANTES DOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL APRESENTOU PRODUÇÃO PARA OS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS EM QUANTITATIVO QUE ALCANÇOU 98 % (NOVENTA E OITO POR CENTO) DO TOTAL PACTUADO, DANDO CUMPRIMENTO PARCIAL AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 10 PONTOS**

<u>6</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.	<b>Realizou no trimestre: 163 cirurgias ou mais: 80 PONTOS;</b>  - entre 162 e 150 cirurgias: <b>60 PONTOS;</b>  - entre 149 e 100 cirurgias: <b>50 PONTOS;</b>  Abaixo de 100 cirurgias: <b>NÃO</b>	Relatório emitido pela SEACONT/ DERE G com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	-------------------------------	--	--	--	---

				PONTUA.	
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME PLANILHA ELABORADA PELA SEACONT/COREG/DEREG ELABORADA COM BASE NAS INFORMAÇÕES CONSTANTES DOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO TRIMESTRE AVALIADO O HOSPITAL REALIZOU 178 (CENTO E SETENTA E OITO) CIRURGIAS ONCOLÓGICAS, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR.</p> <p><b>PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 80 PONTOS</b></p>					
<u>7</u>	<b>CIRURGIAS EM ORTOPEDIA</b>	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.	<p><b>Realizou no trimestre:</b>  <b>321 cirurgias ou mais: 80 PONTOS.</b></p> <p>- entre 320 e 300 cirurgias: <b>50 PONTOS;</b></p> <p>Abaixo de 300 cirurgias: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório emitido pela SEACONT/ DEREK com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME PLANILHA ELABORADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS COM BASE NAS INFORMAÇÕES CONSTANTES DOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO TRIMESTRE AVALIADO O HOSPITAL REALIZOU 262 (DUZENTOS E SESENTA E DUAS) CIRURGIAS ORTOPÉDICAS. CONSIDERANDO QUE O QUANTITATIVO DE CIRURGIAS É CALCULADO SOBRE O NÚMERO DE LEITOS DE ORTOPEDIA CONSTANTES DO CNES, A PRODUÇÃO APRESENTADA PELO HOSPITAL PARA O PERÍODO ESTÁ EM CONSONÂNCIA COM ESSE PARÂMETRO, DANDO ASSIM CUMPRIMENTO AO INDICADOR.</p> <p><b>PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 80 PONTOS</b></p>					
<b>TOTAL DE PONTOS DOS INDICADORES QUANTITATIVOS: 600 PONTOS</b>					
<b><u>INDICADORES QUALITATIVOS</u></b>					
<u>ITEM</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>AÇÃO</u>	<u>META</u>	<u>PONTUAÇÃO</u>	<u>FONTE DE INFORMAÇÃO</u>
<u>8</u>	<b>TAXA DE OCUPAÇÃO</b>	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	<p><b>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 84 a 80%: <b>30 PONTOS;</b></p> <p>Abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ DEREK extraído do SISREG.
			B) Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto em no mínimo 85%.	<p><b>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS;</b></p> <p>- entre 84 e 70%: <b>30 PONTOS;</b></p> <p>- abaixo de 70%: <b>NÃO PONTUA.</b></p>	Relatório disponibilizado pela supervisão de regulação in loco fornecido pela SECONVAG/ DEREK.

**TOTAL DE PONTOS DO INDICADOR 8: 100 PONTOS****AVALIAÇÃO DO INDICADOR:**

**PARTE A)** CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, O HOSPITAL APRESENTOU O PERCENTUAL DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS RUE EM 83,32% DO INDICADOR (MÉDIA RUE DO TRIMESTRE AVALIADO), ATENDENDO PARCIALMENTE AO INDICADOR. **PONTUAÇÃO 30 PONTOS**

**PARTE B)** CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, O HOSPITAL APRESENTOU TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE UTI NO PERCENTUAL DE 97,46%, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR. **PONTUAÇÃO 50 PONTOS**

**TOTAL DE PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 80 PONTOS**

<u>9</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>	<b>Manteve média de permanência em até 10 dias: 30 PONTOS;</b>  - entre 11 a 20 dias: <b>20 PONTOS;</b>  - maior que 20 dias: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ DEREГ extraído do SISREG.
			Manter média de permanência do paciente no leito cirúrgico em até 8 dias	<b>Manteve média de permanência em até 8 dias: 30 PONTOS;</b>  - entre 8 a 16 dias: <b>20 PONTOS;</b>  - maior que 16 dias: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ DEREГ extraído do SISREG.

**TOTAL DE PONTOS DO INDICADOR 9: 60 PONTOS****AVALIAÇÃO DO INDICADOR:**

**PARTE A)** CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, A MÉDIA DE PERMANÊNCIA PARA O LEITO RUE NO TRIMESTRE AVALIADO FOI DE 8,63 DIAS, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR. **PONTUAÇÃO 30 PONTOS**

**PARTE B)** CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, A MÉDIA DE PERMANÊNCIA PARA O LEITO CIRÚRGICO NO TRIMESTRE AVALIADO FOI DE 4,63 DIAS, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR. **PONTUAÇÃO 30 PONTOS.**

**TOTAL DE PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 60 PONTOS**

<u>10</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. Referidas atas deverão ter detalhadas as ações desenvolvidas pela Comissão e resultados alcançados.	<b>Apresentou ata de todas as Comissões e documentos relacionados: 20 PONTOS;</b>  - 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:** FORAM APRESENTADAS PELO HOSPITAL, AS ATAS DE REUNIÃO DAS COMISSÕES CCIH, PRONTUÁRIO, ÓBITOS E HUMANIZAÇÃO, REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS**

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

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELO HOSPITAL EM EXPEDIENTES DATADOS RESPECTIVAMENTE DE 17/05/2023, 14/06/2023 E 14/07/2023, O HOSPITAL APRESENTOU PERCENTUAL DE INFECÇÃO PRIMÁRIA POR CATETER VENOSO CENTRAL (IPCS) DA ORDEM DE 0,19% EM ABRIL, 0,24% EM MAIO E 0,25% EM JUNHO, RESULTANDO NUMA MÉDIA DE 0,22% PARA O TRIMESTRE, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS**

<b><u>12</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 69% a 60%: <b>10 PONTOS;</b>  - abaixo de 60%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
------------------	--------------------------------	--	--	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADO RELATÓRIO COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO REALIZADA PELO HOSPITAL COM PERCENTUAL ACIMA DO ESTIPULADO PELO INDICADOR, DANDO CUMPRIMENTO AO MESMO.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS**

<b><u>13</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.
------------------	--	---	--	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADOS PELO HOSPITAL OS CONTRATOS ESTIPULADOS NO INDICADOR, DENTRO DO PRAZO DE VIGÊNCIA, EM ATENDIMENTO AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS**

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

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO DOCUMENTO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, O HOSPITAL APRESENTOU TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PARA O MÊS DE ABRIL/2023 DE 6,7%, PARA O MÊS DE MAIO/2023 DE 5,7% E PARA O MÊS DE JUNHO DE 2023 DE 6,2%, O QUE RESULTA NUMA MÉDIA DE 6,2% PARA O TRIMESTRE, DANDO ATENDIMENTO PARCIAL AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 10 PONTOS**

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

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO INFORMAÇÃO PRESTADA PELO DEAB/SMS POR E-MAIL, O TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE A MARCAÇÃO DA COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS E SUA EFETIVA REALIZAÇÃO SE MANTEVE DENTRO DOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS, EM ATENDIMENTO AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 40 PONTOS**

<b>16</b>	<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 o monitoramento dos protocolos de segurança do paciente, preconizado na RDC 36, através de indicadores e implantar equipe para auditoria de riscos.  <b>2º trimestre</b> – Implantar gestão de riscos (Identificação de riscos);  <b>3º trimestre</b> – Implantar metodologia de análise, avaliação e monitoramento;  <b>4º trimestre</b> – Implantar sistemática de notificação de eventos adversos.	<u>Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 20 PONTOS;</u>  -ac apresentou parcialmente: <b>15 PONTOS;</b>  -não apresentou: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório de visita técnica feita pelo Dereg.
-----------	--	---	--	--	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME RELATÓRIO ELABORADO PELA EQUIPE DO Dereg, FOI VERIFICADO O ALCANCE DE 100% (CEM POR CENTO) NA AFERIÇÃO DO INDICADOR. **PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.**

<u>17</u>	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	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)	<b>Apresentou nova prática SGQ: <u>20 PONTOS</u></b>  Não apresentou: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório de visita técnica feita pelo Dereg.
-----------	----------------------------	---	--	--	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME RELATÓRIO ELABORADO PELA EQUIPE DO Dereg, FOI VERIFICADO O ALCANCE DE 100% (CEM POR CENTO) NA AFERIÇÃO DO INDICADOR. **PONTUAÇÃO; 20 PONTOS.**

<u>18</u>	<b>INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL</b>	Tempo de resposta	Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora.	<b>Respondeu acima de 90% da solicitação em 1 hora: <u>20 PONTOS</u></b>  Respondeu entre 89% e 80% da solicitação em 1 hora: <b>10 PONTOS</b>  Abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA.</b>	Relatório emitido pela SECONVAG / Dereg/SMS
-----------	--	-------------------	--	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, O HOSPITAL MANTEVE O TEMPO DE RESPOSTA (ACEITE OU RECUSA) EM ATÉ 1 HORA EM 100% DOS CASOS, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 20 PONTOS**

<u>19</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: <u>40 PONTOS</u></b>  Avaliou entre 89% e 80% da vaga zero em 1 hora: <b>30 PONTOS</b>  Abaixo de 80%: <b>NÃO PONTUA</b>	Relatório emitido pela SECONVAG / Dereg/SMS
-----------	--	-----------	--	--	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, NO TOCANTE AO TEMPO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM ATÉ 1 (UMA) HORA, DO TOTAL DE VAGAS ZERO ENCAMINHADAS, O HOSPITAL ATENDEU A ESSE CRITÉRIO EM APENAS 63,63% DOS CASOS, NÃO ALCANÇANDO O PERCENTUAL MÍNIMO DE PONTUAÇÃO. **NÃO PONTUA NESSE INDICADOR.**

**TOTAL DE PONTOS DOS INDICADORES QUALITATIVOS: 400 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
<b>QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUALITATIVAS SCORE TOTAL 400 PONTOS</b>
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 555 (quinhentos e cinquenta e cinco) pontos para as metas quantitativas e 330 (trezentos e trinta) pontos para as metas qualitativas, totalizando 885 (oitocentos e oitenta e cinco) 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 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 ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2023.**

## **LISTA DE PRESENÇA**

### **MEMBROS DA SMS**

TITULAR: ELOISA FRAGA LOPES GALASSO .....

TITULAR: FLÁVIA MENDES DE SOUZA .....

SUPLENTE: THAIS CARDOSO SOARES .....

### **MEMBROS DA SANTA CASA**

TITULAR: RAQUEL PEREZ CARVALHO NOGUEIRA .....

### **MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

TITULAR: JOSÉ IVO DOS SANTOS.....

SUPLENTE: ANDRÉ LUIZ DE FRANÇA SOUZA .....

### **PARTICIPANTES:**

IZABEL CRISTINA DA SILVA SANTOS (SANTA CASA) .....

CAIO MARTINS DOS SANTOS (SANTA CASA).....

GEOVANA DOMINGOS NUNES (COACE).....

FERNANDA CORREA SOAVE (SECONC).....