

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022

OBJETO: AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 104/2022 PARA O GERENCIAMENTO DO COMPLEXO HOSPITALAR DOS ESTIVADORES – AVALIAÇÃO QUADRIMESTRAL DO ALCANCE DE METAS E RESULTADOS DOS INDICADORES DO POA – REFERENTE AOS MESES JANEIRO, FEVEREIRO, MARÇO E ABRIL DE 2024 (1º QUADRIMESTRE).

No dia 20 de junho de 2024, às 10:00 horas, na Sala de Reuniões do Gabinete da SMS, reuniram-se os presentes, ao final assinados, para avaliação das metas do Contrato de Gestão do Complexo Hospitalar dos Estivadores, conforme indicadores a seguir elencados:

INDICADORES DE DESEMPENHO QUALITATIVOS				
Nº	INDICADORES	AÇÃO	META/PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
1	COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO	Executar ações da Comissão de Humanização de acordo com a política nacional de humanização do SUS.	1º, 2º e 3º quadrimestre: Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Planejamento e relatório quadrimestral das ações desenvolvidas e seus resultados elaborados e apresentados pela Instituição.
<p>Apresentado pela instituição Plano Institucional de Humanização com relatórios de atividades previstas e realizadas para período e as Atas das reuniões efetuadas no período (setembro 12/09, outubro 10/10, novembro 14/11 e dezembro 12/12/2023.)</p> <p>Janeiro: Promover a educação continuada sobre PNH para os membros da Comissão – Quantidade de ações realizadas: 01; Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 13.</p> <p>Fevereiro: Promover a educação continuada sobre PNH para os membros da Comissão - Quantidade de ações realizadas: 01; Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 12; Implantar Atividade Assistida por Animais (AAA) - Quantidade de ações realizadas: 01.</p> <p>Março: Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 08; Promover ações educativas a fim de apoiar cuidadores na alta hospitalar – Quantidade de ação realizada: 01; Constituir Grupo Técnico Multiprofissional sobre Cuidados Paliativos - Quantidade de ação realizada: 01.</p> <p>Abril: Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 15; Implantar Projeto Saúde e Bem Estar – Quantidade de ação realizada: 01.</p>				



AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado documentação com todas as atividades efetuadas bem como as listas de presenças. A comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

2	SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO	Executar funcionamento do setor de ouvidoria garantindo amostragem de no mínimo 1% do número total de atendimento/mês.	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: Atingir, no mínimo 90% de satisfação positiva.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Relatório consolidado dos dados resultantes do instrumento, mês a mês apresentados pela Instituição.
---	--	--	---	--

Foi apresentado pela Instituição o painel de monitoramento dos indicadores com os seguintes números de pesquisas efetuadas

Janeiro: Número de atendimentos: 6.777; Pesquisas realizadas: 362 (5,34%); Índice de Satisfação Positiva: 96,46%

Fevereiro: Número de atendimentos: 6.607; Pesquisas realizadas: 355 (5,37%); Índice de Satisfação Positiva: 96,79%

Março: Número de atendimentos: 6.611; Pesquisas realizadas: 301 (4,55%); Índice de Satisfação Positiva: 96,26%

Abril: Número de atendimentos: 6.612; Pesquisas realizadas: 307 (4,64%); Índice de Satisfação Positiva: 97,11%

Total de atendimentos: 26.607; Pesquisas realizadas: 1.325
Média do Quadrimestre: 96,65%

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

3	ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	Executar ações na área de Educação Permanente.	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: Atuar constantemente sob a educação permanente da unidade.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Plano de trabalho com calendário das atividades realizadas no período e lista de presença, apresentados pela Instituição.
---	--	--	---	---



Apresentado documentação de todas as atividades realizadas, especificando quantidade de turmas e total de participantes treinados.

Foram apresentados os seguintes números:

Número de colaboradores treinamentos X Número de treinamentos aplicados – Índice de treinamento (Hora X Homem)

Janeiro: Número de colaboradores treinamentos: 692; Número de treinamentos aplicados: 57 – Índice: 2,97.

Fevereiro: Número de colaboradores treinamentos: 1.055; Número de treinamentos aplicados: 78 – Índice: 2,68.

Março: Número de colaboradores treinamentos: 458; Número de treinamentos aplicados: 61 – Índice 1,84.

Abril: Número de colaboradores treinamentos: 1.049; Número de treinamentos aplicados: 73 – Índice: 2,00.

Média do Quadrimestre: Número de colaboradores treinamentos: 3.254; Número de treinamentos aplicados: 269 – Índice: 2,37.

*Nota: Curso de Reanimação Cardiopulmonar previsto para abril/2024 foi suspenso conforme Ofício nº 0102/2024.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

4	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	4.1 Demonstrar tempo resposta dentro do tempo solicitado.	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: Manter tempo resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora.</p> <p>Pontuação: Respondeu acima de 90% da solicitação em até 1 (uma) hora, 40 pontos.</p> <p>Respondeu entre 89% e 80% da solicitação em até 1 (uma) hora, 20 pontos.</p> <p>Abaixo de 80%, não pontua.</p>	Relatório emitido pela SECONVAG através do Dereg/SMS.
		4.2 Disponibilizar leitos de internação para a Central de Regulação Municipal conforme pactuação.	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: Encaminhar diariamente censo com distribuição de leitos ocupados e disponíveis para a Central de Regulação de Vagas Municipal.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da</p>	Relatório emitido pela SECONVAG através do Dereg/SMS.

(Handwritten signatures and marks at the bottom of the page)



		meta, 50 pontos Atingiu entre 99% e 90% da meta, 40 pontos. Abaixo de 90%, não pontua.							
	4.3 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: realizar as saídas hospitalares como se segue:</p> <table border="1"> <tr> <td>Clínica Obstétrica</td> <td>Até 1.080</td> </tr> <tr> <td>Clínica Médica</td> <td>812</td> </tr> <tr> <td>Clínica Cirúrgica Eletiva</td> <td>540</td> </tr> </table> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 100 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 60 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Clínica Obstétrica	Até 1.080	Clínica Médica	812	Clínica Cirúrgica Eletiva	540	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.
Clínica Obstétrica	Até 1.080								
Clínica Médica	812								
Clínica Cirúrgica Eletiva	540								

4.1 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Janeiro: 100%;
Fevereiro: 100%;
Março: 100%;
Abril: 100%

Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora = 100%

Quando ao subitem 1 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

Destaque negativo para o mês de abril de 55 minutos para tempo resposta

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 40 PONTOS.

4.2 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Janeiro: 100%, Fevereiro: 100%, Março: 100%, Abril: 100%

Quando ao subitem 2 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]



4.3 Número de saídas apresentadas em relatório pelo Dereg.

Clínica Obstétrica:

Janeiro: 438, Fevereiro: 315, Março: 290, Abril: 263,

Total: 1.306

Clínica Médica:

Janeiro: 317, Fevereiro: 235, Março: 249, Abril: 248,

Total: 1.049

Clínica Cirúrgica Eletiva:

Janeiro: 152, Fevereiro: 155, Março: 156, Abril: 106

Total: 569

***Total de saídas: 2.924**

Total de saídas pactuadas: 2.432

Quanto ao subitem 3 -. Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 100 PONTOS.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral aos indicadores.

TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 190 PONTOS

5	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO	Manter a Comissão de Revisão de Prontuário em funcionamento, com amostragem de no mínimo 0,5% da produção do quadrimestre.	Atingir 85% de resultados positivos nos critérios estabelecidos. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatórios mensais executados emitidos pela Instituição.
---	--	--	---	--

Número de prontuários avaliados:

Janeiro: Total de saídas 665 / Total analisados 34 (5,11%); Fevereiro: Total de saídas 693 / Total analisados 35 (5,05%); Março: Total de saídas 687 / Total analisados 35 (5,09%); Abril: Total de saídas 591 / Total analisados 35 (5,92%)

Total: Total de saídas no quadrimestre 2.636 / Total analisados 139 – (5,30%)

Índice de Resultados Positivos:

Janeiro: 91,18%; Fevereiro: 90%; Março: 91,14%; Abril: 91,43%

Média: 90,94%

O Hospital apresentou toda a documentação estabelecida no indicador comprovando que 100% das atividades programadas foram efetuadas.

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]



AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

6	COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO	Manter a comissão de revisão de óbito em funcionamento.	<p>Analisar 100% dos prontuários de óbitos apontando sugestões para a melhoria da qualidade do prontuário médico e do preenchimento do Atestado de óbito.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Relatório do período emitido pela Instituição.
---	-------------------------------------	---	--	--

Avaliados 100% dos prontuários de óbitos conforme relatório com os seguintes números:

Janeiro: Adulto – 30; Neonatal – 02; Fetal – 02 – Total de Óbitos: 34 - 100% analisados
Fevereiro: Adulto – 26; Neonatal – 02; Fetal – 03 – Total de Óbitos: 31 - 100% analisados
Março: Adulto – 21; Neonatal – 01; Fetal – 00 – Total de Óbitos: 22 - 100% analisados
Abril: Adulto – 19; Neonatal – 00; Fetal – 03 – Total de Óbitos: 22 - 100% analisados

Total do quadrimestre: Números de óbitos: 109; Números de óbitos avaliados: 109 -100% dos prontuários analisados.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

7	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)	Manter a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em funcionamento e de acordo com a legislação em vigor.	<p>Manter taxa de Infecção Hospitalar inferior a 5%.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Atas das reuniões da comissão. Resultado dos indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica pela Instituição.
---	---	---	---	---

(Handwritten signatures and initials)



Apresentada as Atas das reuniões e as informações transmitidas a Vigilância conforme estipulado pelo indicador.

Taxa bruta

Janeiro: 0,30%, Fevereiro: 0,29%, Março: 1,16%, Abril: 0,51%

Média: 0,57

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

INDICADORES DE DESEMPENHO QUANTITATIVO

8	SADT EXTERNO	Disponibilizar agenda de SADT pactuado.	1º, 2º e 3º Quadrimestre		Relatório emitido pela SEAGEN fornecido através do Dereg/SMS.
			USG	5.568	
			ECO / Doppler	2.600	
			Endoscopia	1.000	
			Colonoscopia	700	
			Broncoscopia	20	
			Tomografia	5.920	
			Mamografias	5.280	
			Raio X	2.400	
			Pontuação: Atingiu 100% da meta, 100 pontos.		
			Atingiu entre 99% e 70% da meta, 60 pontos.		
			Abaixo de 70%, não pontua.		

Total de exames efetuados:

Janeiro: USG: 1.684, ECO/DOPPLER: 717, Endoscopia: 279, Colonoscopia: 210, Broncoscopia: 13, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320
Total: 6.303.

Fevereiro: USG: 1.403, ECO/DOPPLER: 640, Endoscopia: 248, Colonoscopia: 176, Broncoscopia: 05, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 5.872.

Março: USG: 1.459, ECO/DOPPLER: 643, Endoscopia: 245, Colonoscopia: 178, Broncoscopia: 05, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 5.930.

Abril: USG: 1.514, ECO/DOPPLER: 664, Endoscopia: 205, Colonoscopia: 173, Broncoscopia: 05, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 5.961.

Total quadrimestre:

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



USG: 6.060 (109%)
ECO/DOPLER: 2.664 (102%)
Endoscopia: 977 (98%)
Colonoscopia: 737 (105%)
Broncoscopia: 28 (140%)
Tomografia: 5.920 (100%)
Mamografia: 5.280 (100%)
Raio X: 2.400 (100%)

Total: 24.066 (102,46%)

AValiação DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 100 PONTOS.

9	TAXAS HOSPITALARES	9.1 Taxa de Ocupação UTI Adulto.	Manter Taxa de Ocupação de leitos da UTI Adulto igual ou superior a 85%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 50 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela SECONVAG através do Dereg/SMS com extração dos sistemas oficiais.				
		9.2 Taxa de Ocupação Hospitalar – TOH.	Manter a TOH da Clínica Médica e Clínica Cirúrgica igual ou superior a 85%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 50 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição com estratificação dos sistemas oficiais.				
		9.3 Tempo Médio de Permanência – TMP.	Manter TMP da: <table border="1" data-bbox="798 1747 1181 2004"> <tr> <td>Clínica Obstétrica</td> <td>Até 04 dias</td> </tr> <tr> <td>Clínica Médica</td> <td>Até 09 dias</td> </tr> <tr> <td>Clínica Cirúrgica</td> <td>Até 03 dias</td> </tr> </table> Pontuação: Atingiu 100% da	Clínica Obstétrica	Até 04 dias	Clínica Médica	Até 09 dias	Clínica Cirúrgica
Clínica Obstétrica	Até 04 dias							
Clínica Médica	Até 09 dias							
Clínica Cirúrgica	Até 03 dias							



PREFEITURA DE
Santos

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTOS
GABINETE DO SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE E GESTÃO
ADMINISTRATIVA-FINANCEIRA

	meta, 30 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	
9.4 Taxa de Mortalidade Hospitalar – TMH.	Manter a TMH inferior a 4,5%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.
9.5 Taxa de Mortalidade Institucional – TMI.	Manter a TMI inferior a 4%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.
9.6 Taxa de Reinternação – TR, em 30 dias.	Manter a TR inferior a 5%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.



			<p>9.7.1</p> <p>Manter a TPC inferior a 35% em relação ao número total de partos, excetuando as indicações cesarianas no cumprimento da Lei Estadual 17137/2019 devidamente comprovada conforme regulamentação da Lei.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>Relatório de processamento do SIH/MS informado pela SEACONT através do Dereg/SMS, incluindo apresentação de "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" das parturientes, apresentado pela Instituição, com os pré-requisitos legais atendidos.</p>
		<p>9.7</p> <p>Taxa de Parto Cesário – TPC.</p>	<p>9.7.2</p> <p>Apresentar 100% de CID secundário nas AIH de parto cesáreo.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>Relatório de processamento do SIH/MS informado pela SEACONT através do Dereg/SMS.</p>

9.1 – Taxa de Ocupação UTI Adulto

Janeiro: número de pacientes dia: 300; número de leitos dia: 279; Meta: 107,53%
Fevereiro: número de pacientes dia: 264; número de leitos dia: 252; Meta: 104,76%
Março: número de pacientes dia: 315; número de leitos dia: 279; Meta: 112,90%
Abril: número de pacientes dia: 276; número de leitos dia: 270; Meta: 102,22%
Média: 107%

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador
PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.

9.2 – Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH

Clínica Médica

Janeiro: 87,93%, **Fevereiro:** 87,64%, **Março:** 85,32%, **Abril:** 83,55%
Média: 86,11%

Clínica Cirúrgica

Janeiro: 77,92%, **Fevereiro:** 76,13%, **Março:** 71,96%, **Abril:** 51,03%
Média: 69,26%

[Handwritten signatures and initials]



Média do quadrimestre Taxa de Ocupação CM e CC: 77,69.

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento parcial ao indicador
PONTUAÇÃO: 25 PONTOS

9.3 – Tempo Médio de Permanência - TMP

Clínica Obstétrica

Janeiro: 3,62; Fevereiro: 3,35; Março: 3,16; Abril: 3,53
Média: 3,42

Clínica Médica

Janeiro: 8,13; Fevereiro: 7,85; Março: 10,21; Abril: 11,61
Média: 9,45

***Clínica Médica: atualmente com 07 pacientes de longa permanência e todos estão com solicitação de desospitalização junto a SEADOMI (Ministério Público e Secretaria de Desenvolvimento Social).**

Clínica Médica

Sem os Casos Sociais

Janeiro: 6,55; Fevereiro: 5,76; Março: 6,93; Abril: 9,44
Média: 7,17

Clínica Médica

Sem os Casos Sociais e as Colonoscopia

Janeiro: 10,01; Fevereiro: 9,67; Março: 8,23; Abril: 12,73
Média: 10,16

Clínica Cirúrgica

Janeiro: 2,00; Fevereiro: 1,88; Março: 1,74; Abril: 1,76
Média: 1,85

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento parcial ao indicador.
PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

Considerações: Conforme solicitado a instituição apresentou também a taxa de ocupação estratificada, segregando os exames que hoje a compõem, usando a mesma regra dos casos sociais,

9.4 – Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH

Janeiro: 4,81%; Fevereiro: 4,04%; Março: 3,20%; Abril: 3,21%
Média: 3,82%

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

9.5 – Taxa de Mortalidade Institucional - TMI

Janeiro: 4,66%; Fevereiro: 3,61%; Março: 2,91%; Abril: 3,21%
Média: 3,60%

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]



Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

9.6 – Taxa de Reinternação - TR

Janeiro: 4,36%; Fevereiro: 4,47%, Março: 3,78%; Abril: 3,89%

Média: 4,13%

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.

9.7.1 – Taxa de Parto Cesáreo – TPC - Excetuando os casos por lei

Janeiro: 29,15%, Fevereiro: 35,90%, Março: 40,09%, Abril: 28,40%

Média: 33,33%

9.7.2 – Apresentar CID secundário na AIH de parto cesáreo.

Janeiro: 100%; Fevereiro: 100%; Março: 100%; Abril: 100%

Média: 100%

9.7.1 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.

9.7.2 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento parcial aos indicadores

TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 250 PONTOS.

10	GESTÃO DA CLÍNICA	Manter ações de promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	Manter Protocolos de Segurança do Paciente de forma Institucional, bem como manter sistemática de monitoramento e gestão de riscos apresentando passo a passo para acreditação. Pontuação: Atingiu 100% das ações, 70 pontos; Atingiu entre 80% e 99%, 30 pontos; Abaixo de 80%, 20 pontos.	Relatório de visita in loco realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do DEREG.
----	--------------------------	--	---	--

(Handwritten signatures and initials)



O Hospital apresentou toda a documentação estabelecida no indicador para comprovação do seu atendimento. O Departamento de Regulação Municipal apresentou o relatório de avaliação ratificando o atendimento ao indicador.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador:
PONTUAÇÃO:70 PONTOS.

11	CIRURGIAS AGENDADAS E SUSPENSAS	Monitorar, identificar e gerenciar eventuais cancelamentos de procedimentos cirúrgicos.	Notificar cirurgias agendadas e suspensas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório informando o quantitativo de cirurgias agendadas e suspensas estratificando os motivos administrativos e outros emitidos pela instituição.
----	--	---	---	--

Janeiro: Cirurgias agendas: 184 – Cirurgias suspensas: 18 - Sendo: 15 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 02 (fatores internos) e 01 (falta do paciente).

Fevereiro: Cirurgias agendas: 177 – Cirurgias suspensas: 15 - Sendo: 11 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 02 (fatores internos) e 02 (falta do paciente).

Março: Cirurgias agendas: 173 – Cirurgias suspensas: 15 - Sendo: 13 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 00 (fatores internos) e 02 (falta do paciente).

Abril: Cirurgias agendas: 121 – Cirurgias suspensas: 08 - Sendo: 08 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 00 (fatores internos) e 00 (falta do paciente).

Total de cirurgias cancelas: 56

Nota da unidade:

***Instabilidade clínica:** condições que definiu a suspensão do procedimento no momento da admissão do paciente a saber: pico hipertensivo, síndrome gripal, comorbidade, encaminhamentos ao cardiologista, infecção do trato urinário, cisto de Bartholin espontaneamente, cancelados pela origem (Endovascular).

**** Relacionadas a Instituição:** quebra do padrão de qualidade do instrumental (verificação realizada antes do início da cirurgia) (2); intercorrência com a sala cirúrgica (2). Dos 04 procedimentos cirúrgicos suspensos por motivo institucional 04 já foram realizados no quadrimestre.

Providências para regularização das cirurgias suspensas:

Cirurgias realizadas: 13

Pacientes reavaliados e aguardando nova data de cirurgia: 17

Pacientes agendado aguardando avaliação: 15

Pacientes com desistência: 11

Sugestão: reforçar a unidade deverá detalhar as instabilidades clinicas dos pacientes que motivaram o cancelamento de suas cirurgias.

(Handwritten signatures and initials)



AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.

12	PLANEJAMENTO FAMILIAR	Disponibilizar agenda para procedimento cirúrgico em atendimento ao Planejamento Familiar.	<p>Manter a disponibilização da agenda dos procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:</p> <table border="1" data-bbox="794 604 1173 660"> <tr> <td>Laqueadura Tubária</td> <td>100</td> </tr> </table> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Laqueadura Tubária	100	Relatório fornecido pela SEAGEN através do Dereg/SMS.
Laqueadura Tubária	100					

Apresentados os seguintes dados:

Laqueadura

Janeiro: 25, Fevereiro: 25, Março: 25, Abril: 25

Total: 100

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribuiu atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 40 PONTOS.

13	PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES	Realizar cirurgias de alta complexidade endovasculares encaminhados pela Regulação Municipal – Dereg, através do SISREG.	<p>1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar quadrimestralmente as saídas de procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:</p> <table border="1" data-bbox="805 1601 1173 1803"> <tr> <td>Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)</td> <td>64</td> </tr> <tr> <td>Número de Arteriografias</td> <td>16</td> </tr> </table> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 70 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 25 pontos.</p>	Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	64	Número de Arteriografias	16	Relatório de processamento do SIH / MS fornecido pela SEACONT através do Dereg/SMS.
Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	64							
Número de Arteriografias	16							

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



			Abaixo de 70%, não pontua.			
<p>Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias) Janeiro: 14, Fevereiro: 13, Março: 18, Abril: 11 Total: 56</p> <p>Número Arteriografias Janeiro: 12, Fevereiro: 13, Março: 18, Abril: 11 Total: 54</p> <p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribuiu o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 70 PONTOS</p>						
14	CIRURGIAS DE ENDOMETRIOSE	Realizar Cirurgias de Endometriose conforme atendimento no Ambulatório Pré-Cirúrgico de Ginecologia, cujos pacientes encaminhados pela Regulação Municipal – Dereg, através do Sistema Integra Saúde.	<p>1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar quadrimestralmente as saídas de procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:</p> <table border="1"> <tr> <td>Número de Saídas Cirúrgicas</td> <td>16</td> </tr> </table> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 70 pontos. Atingiu de 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Número de Saídas Cirúrgicas	16	Relatório de processamento do SIH / MS fornecido pela SEACONT através do Dereg/SMS.
Número de Saídas Cirúrgicas	16					
<p>Janeiro: 04, Fevereiro: 03, Março: 08, Abril: 06 Total: 19</p> <p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribuiu o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 70 PONTOS.</p>						

[Handwritten signatures and initials]



15	TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL	Disponibilizar Transporte Interinstitucional em Viatura Móvel de Cuidados Intensivos com Recursos Humanos completos e compatíveis com o porte da Remoção.	Realizar transporte interinstitucional necessário aos pacientes internados que necessitem de Remoção para outros Serviços, inclusive para realização de eventuais Exames Subsidiários fora do ambiente hospitalar. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Abaixo de 100%, não pontua.	Apresentar planilha mensal com todas as remoções realizadas no período, informando data, horário de saída/chegada, sigla do nome dos pacientes, da equipe profissional e indicação do destino.
<p>Apresentado planilha mensal com todas as remoções realizadas no período, informando data, horário de saída/chegada, sigla do nome dos pacientes, da equipe profissional e indicação do destino.</p> <p>Janeiro: 29 remoções Fevereiro: 20 remoções Março: 24 remoções Abril: 42 remoções Total Quadrimestre: 115 remoções</p> <p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.</p>				

A somatória dos indicadores totaliza **970** (novecentos e setenta) pontos, onde aferimos que o enquadramento do cumprimento de metas para o disposto no parágrafo quinto da cláusula quinta do Contrato de Gestão perfaz o percentual do valor da parte variável de 100% (cem por cento).

Nada mais sendo exposto, no silêncio, foi encerrada a presente reunião às 11:00 horas, sendo a presente Ata vistada e assinada por todos os presentes, conforme lista anexa, parte integrante da mesma.

DENIS VALEJO CARVALHO – Presidente

ALEXANDRA O. DE ANDRADE NUNES – Suplente

LUIZ CARLOS ESPINDOLA JÚNIOR – Titular

ALESSANDRA DE ZUTTER - Suplente

MARCO SERGIO NEVES DUARTE – Titular

MARIA DE FATIMA GOMS DE SOUSA – Suplente

SANDRO LUIZ FERREIRA DE ABREU – Titular

MARIANA CARDOSO MAIA TRAZZI – Suplente

ELOISA FRAGA LOPES GALASSO - Titular

[Handwritten marks and initials at the bottom of the page]



PREFEITURA DE
Santos

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTOS
GABINETE DO SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE E GESTÃO
ADMINISTRATIVA-FINANCEIRA

FLÁVIA MENDES DE SOUZA – Suplente

DANIELE AUGUSTO-Convidada

CATIANA LEME BRAGA – Convidada

ELLEN KECHICHIAN – Convidada

Sergio Roberto Mendes - Convidado

COMPLEXO HOSPITAL DOS ESTIVADORES

FRANCIES REGYANNE OLIVEIRA

A. Augusto

Catiana Leme Braga

Ellen Kechichian

Sergio Roberto Mendes

Francies Regyanne Oliveira

[Handwritten marks and signatures on the right side of the page]