



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 MAIO, JUNHO, JULHO E AGOSTO DE 2024 (2º QUADRIMESTRE).

No dia 22 de outubro 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.
Apresentado pela instituição Plano Institucional de Humanização com relatórios de atividades previstas e realizadas para período e as Atas das reuniões efetuadas no período (maio 21/05, junho 11/06, julho 31/07 e agosto 28/08/2024.)				
Maio: Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 19; Promover ações educativas a fim de apoiar cuidadores na alta hospitalar – Quantidade de ações realizadas: treinamentos in loco, realizado pela equipe multiprofissional no momento da alta;				
Junho: Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 18; Promover ações educativas a fim de apoiar cuidadores na alta hospitalar – Quantidade de ações realizadas: treinamentos in loco, realizado pela equipe multiprofissional no momento da alta;				
Julho: 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; Promover ações educativas a fim de apoiar cuidadores na alta hospitalar – Quantidade de ações realizadas: treinamentos in loco, realizado pela equipe multiprofissional no momento da alta; Promover ações complementares e campanhas de conscientização – Quantidade de ações realizadas: 04.				



PREFEITURA DE
Santos

Agosto: Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 10; Promover ações educativas a fim de apoiar cuidadores na alta hospitalar – Quantidade de ações realizadas: treinamentos in loco, realizado pela equipe multiprofissional no momento da alta; Promover ações complementares e campanhas de conscientização – Quantidade de ações realizadas: 05.

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

Mai: Número de atendimentos: 6.473; Pesquisas realizadas: 321 (4,96%); Índice de Satisfação Positiva: 96,91%

Junho: Número de atendimentos: 6.587; Pesquisas realizadas: 463 (7,03%); Índice de Satisfação Positiva: 97,06%

Julho: Número de atendimentos: 7.219; Pesquisas realizadas: 524 (7,26%); Índice de Satisfação Positiva: 97,02%

Agosto: Número de atendimentos: 6.935; Pesquisas realizadas: 577 (8,32%); Índice de Satisfação Positiva: 97,26%

Total de atendimentos: 27.214; Pesquisas realizadas: 1.885

Média do Quadrimestre: 97,06%

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.
<p>Apresentado documentação de todas as atividades realizadas, especificando quantidade de turmas e total de participantes treinados.</p> <p>Foram apresentados os seguintes números:</p> <p>Número de colaboradores treinamentos X Número de treinamentos aplicados – Índice de treinamento (Hora X Homem)</p> <p>Maió: Número de colaboradores treinados: 692; Número de treinamentos aplicados: 44 – Índice: 1,64.</p> <p>Junho: Número de colaboradores treinamentos: 1.055; Número de treinamentos aplicados: 70 – Índice: 1,96.</p> <p>Julho: Número de colaboradores treinamentos: 458; Número de treinamentos aplicados: 71 – Índice 2,43.</p> <p>Agosto: Número de colaboradores treinamentos: 1.049; Número de treinamentos aplicados: 77 – Índice: 1,96.</p> <p>Média do Quadrimestre: Número de colaboradores treinamentos: 3.254; Número de treinamentos aplicados: 262 – Índice: 2,00:</p> <p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.</p> <p>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.</p>				
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.

(Handwritten signatures and initials)



	<p>4.2 Disponibilizar leitos de internação para a Central de Regulação Municipal conforme pactuação.</p>	<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 meta, 50 pontos</p> <p>Atingiu entre 99% e 90% da meta, 40 pontos.</p> <p>Abaixo de 90%, não pontua.</p>	<p>Relatório emitido pela SECONVAG através do Dereg/SMS.</p>						
<p>4.1 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:</p> <p>Maio: 100%; Junho: 100% Julho: 100% Agosto: 100%</p> <p>Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora = 100%</p> <p>Quando ao subitem 1 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.</p> <p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 40 PONTOS.</p>	<p>4.3 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.</p>	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: realizar as saídas hospitalares como se segue:</p> <table border="1" data-bbox="810 1048 1193 1236"> <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.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 60 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Clínica Obstétrica	Até 1.080	Clínica Médica	812	Clínica Cirúrgica Eletiva	540	<p>Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.</p>
Clínica Obstétrica	Até 1.080								
Clínica Médica	812								
Clínica Cirúrgica Eletiva	540								

(Handwritten signatures and initials)



4.2 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Maio: 100%, Junho: 100%, Julho: 100%, Agosto: 100%

Quanto 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.

4.3 Número de saídas apresentadas em relatório pelo Dereg.

Clínica Obstétrica:

Maio: 355, Junho: 293, Julho: 297, Agosto: 309,

Total: 1.254

Clínica Médica:

Maio: 228, Junho: 224, Julho: 216, Agosto: 213,

Total: 881

Clínica Cirúrgica Eletiva:

Maio: 129, Junho: 151, Julho: 168, Agosto: 175

Total: 623

***Total de saídas: 2.758**

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.
---	--	--	---	--

(Handwritten signatures and initials)



PREFEITURA DE
Santos

Número de prontuários avaliados:

Maio: Total de saídas 585 / Total analisados 30 (5,13%); Junho: Total de saídas 650 / Total analisados 33 (5,08%); Julho: Total de saídas 708 / Total analisados 36 (5,08%); Agosto: Total de saídas 710 / Total analisados 38 (5,35%)

Total: Total de saídas no quadrimestre 2.653 / Total analisados 137 – (5,16%)

Índice de Resultados Positivos:

Maio: 88,67%; Junho: 85,76%; Julho: 91,94%; Agosto: 90%

Média: 89,09%

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

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:

Maio: Adulto – 19; Neonatal – 00; Fetal – 01 – Total de Óbitos: 20 - 100% analisados

Junho: Adulto – 28; Neonatal – 00; Fetal – 02 – Total de Óbitos: 30 - 100% analisados

Julho: Adulto – 23; Neonatal – 03; Fetal – 00 – Total de Óbitos: 26 - 100% analisados

Agosto: Adulto – 26; Neonatal – 00; Fetal – 02 – Total de Óbitos: 28 - 100% analisados

Total do quadrimestre: Números de óbitos: 104; Números de óbitos avaliados: 104 -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.	Manter taxa de Infecção Hospitalar inferior a 5%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Atas das reuniões da comissão. Resultado dos indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica pela Instituição.
---	---	---	--	---

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

Taxa bruta

Maio: 0,68%, Junho: 0,15%, Julho: 0,42%, Agosto: 0,28%

Média: 0,39

Nota – relatório parcial devido as infecções de sítio cirúrgico serem contabilizadas em até 30 dias de vigilância pós cirúrgica

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 DREG/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:

Maio: USG: 1.483, ECO/DOPPLER: 664, Endoscopia: 233, Colonoscopia: 173, Broncoscopia: 05, Tomografia: 1.529; Raio X: 600; Mamografia: 1.320

Total: 6.007.

(Handwritten signatures and initials)



Junho: USG: 1.348, ECO/DOPPLER: 644, Endoscopia: 261, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 05, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 5.833.

Julho: USG: 1.558, ECO/DOPPLER: 712, Endoscopia: 308, Colonoscopia: 176, Broncoscopia: 05, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 6.159.

Agosto: USG: 1.408, ECO/DOPPLER: 657, Endoscopia: 286, Colonoscopia: 178, Broncoscopia: 05, Tomografia: 1.530; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 5.984.

Total quadrimestre:

USG: 5.797 (104%)

ECO/DOPPLER: 2.677 (103%)

Endoscopia: 1.088 (109%)

Colonoscopia: 702 (100%)

Broncoscopia: 20 (100%)

Tomografia: 6.019 (102%)

Mamografia: 5.280 (100%)

Raio X: 2.400 (100%)

Total: 23.983 (102%)

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="798 772 1165 1041"><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 meta, 30 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Clínica Obstétrica	Até 04 dias	Clínica Médica	Até 09 dias	Clínica Cirúrgica	Até 03 dias	Relatório emitido pela Instituição com estratificação dos sistemas oficiais.
Clínica Obstétrica	Até 04 dias							
Clínica Médica	Até 09 dias							
Clínica Cirúrgica	Até 03 dias							
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.						

[Handwritten signatures and initials]



		<p>9.6 Taxa de Reinternação – TR, em 30 dias.</p>	<p>Manter a TR inferior a 5%.</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 emitido pela Instituição.</p>
		<p>9.7 Taxa de Parto Cesário – TPC.</p>	<p>9.7.1 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>9.7.2 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

Maior: número de pacientes dia: 335; número de leitos dia: 279; Porcentagem por mês: 120,07%
Junho: número de pacientes dia: 293; número de leitos dia: 270; Porcentagem por mês 108,52%
Julho: número de pacientes dia: 274; número de leitos dia: 279; Porcentagem por mês 98,21%
Agosto: número de pacientes dia: 315; número de leitos dia: 279; Porcentagem por mês 112,90%
Média: 98,42%

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

(Handwritten signatures and initials)

**PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.****9.2 – Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH****Clínica Médica**

Maio: 84,97%, Junho: 82,79%, Julho: 83,77%, Agosto: 87,58%

Média: 84,78%

Clínica Cirúrgica

Maio: 65,76%, Junho: 71,28%, Julho: 81,39%, Agosto: 77,92%

Média: 74,09%

Média do quadrimestre Taxa de Ocupação CM e CC: 79,43.

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento parcial ao indicador

PONTUAÇÃO: 25 PONTOS**9.3 – Tempo Médio de Permanência - TMP****Clínica Obstétrica**

Maio: 3,49; Junho: 3,90; Julho: 3,54; Agosto: 3,16

Média: 3,52

Clínica Médica

Maio: 12,44; Junho: 8,91; Julho: 8,26; Agosto: 9,63

Média: 9,81

Clínica Médica: atualmente com 07 pacientes de longa permanência e destes 03 estão com solicitação de desospitalização junto a SEADOMI (Ministério Público e Secretaria de Desenvolvimento Social).*Clínica Médica****Sem os Casos Sociais**

Maio: 9,87 Junho: 7,35; Julho: 6,68; Agosto: 8,33

Média: 8,06

Clínica Médica**Sem os Casos Sociais e as Colonoscopia**

Maio: 11,91; Junho: 8,67; Julho: 8,76; Agosto: 13,28

Média: 10,66

Clínica Cirúrgica

Maio: 2,04; Junho: 1,75; Julho: 1,94; Agosto: 1,79

Média: 1,88

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**



PREFEITURA DE
Santos

Maio: 3,25%; Junho: 4,31%; Julho: 3,67%; Agosto: 3,66%
Média: 3,72%

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

9.5 – Taxa de Mortalidade Institucional - TMI

Maio: 3,25%; Junho: 4,31%, Julho: 3,67%, Agosto: 3,66%
Média: 3,72%

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

9.6 – Taxa de Reinternação - TR

Maio: 2,74%; Junho: 3,69%, Julho: 2,68%; Agosto: 5,35%
Média: 3,62%

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

Maio: 37,55%, Junho: 45%, Julho: 23,88%, Agosto: 23%
Média: 32,87%

9.7.2 – Apresentar CID secundário na AIH de parto cesáreo.

Maio: 100%; Junho: 100%; Julho: 100%; Agosto: 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;	Relatório de visita in loco realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
----	--------------------------	--	---	--

(Handwritten signatures and initials)



			<p>Atingiu entre 80% e 99%, 30 pontos;</p> <p>Abaixo de 80%, 20 pontos.</p>	
--	--	--	---	--

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.	<p>Notificar cirurgias agendadas e suspensas.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Relatório informando o quantitativo de cirurgias agendadas e suspensas estratificando os motivos administrativos e outros emitidos pela instituição.
----	--	---	--	--

Mai: Cirurgias agendas: 158 – Cirurgias suspensas: 14 - Sendo: 11 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 00 (fatores internos) e 03 (falta do paciente).

Junho: Cirurgias agendas: 175 – Cirurgias suspensas: 18 - Sendo: 11 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 05 (fatores internos) e 02 (falta do paciente).

Julho: Cirurgias agendas: 203 – Cirurgias suspensas: 20 - Sendo: 12 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 07 (fatores internos) e 01 (falta do paciente).

Agosto: Cirurgias agendas: 190 – Cirurgias suspensas: 18 - Sendo: 06 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 08 (fatores internos) e 04 (falta do paciente).

Total de cirurgias cancelas: 70

Nota da unidade:

***Instabilidade clínica:** condições que definiu a suspensão do procedimento no momento da admissão do

(Handwritten signatures and initials)



PREFEITURA DE
Santos

paciente a saber: pico hipertensivo com encaminhamento ao cardiologista (11), síndrome gripal (15), comorbidade (07), cabelo sintético (01), quebra do jejum (01), abscesso dentário (01), dengue (01), hipoglicemia (01), obesidade grau 3 (01) e alteração laboratorial (01).

**** Relacionadas a Instituição:** intercorrência com a sala cirúrgica – paciente anterior (02), lotação da UTI adulto inviabilizando a reserva técnica da vaga para transferência do RPA (04), intercorrência emergencial com o cirurgião (01), solicitação médica para mudança da data (11) e divergência de lateralidade (01). Dos 20 procedimentos cirúrgicos suspensos por motivo institucional, 19 procedimentos foram reagendados e realizados dentro do quadrimestre, permanecendo 1 paciente aguardando liberação médica.

Providências para regularização das cirurgias suspensas:

Cirurgias realizadas: 28

Pacientes reavaliados e aguardando nova data de cirurgia: 13

Pacientes agendado aguardando avaliação: 08

Pacientes com desistência: 05

Pacientes aguardando liberação médica: 16

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="805 1187 1173 1232"> <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

Mai: 25, **Junho:** 25, **Julho:** 25, **Agosto:** 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="798 638 1165 828"><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. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</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							

Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)
Maio: 10, Junho: 10, Julho: 14, Agosto: 13
Total: 47

Número Arteriografias
Maio: 11, Junho: 10, Julho: 16, Agosto: 14
Total: 51

AValiação do Indicador: A comissão atribuiu o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 70 PONTOS.

(Handwritten signatures and initials)



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.	1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar quadrimestralmente as saídas de procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue: <table border="1" data-bbox="794 577 1176 651"><tr><td>Número de Saídas Cirúrgicas</td><td>16</td></tr></table> Pontuação: Atingiu 100% da meta, 70 pontos. Atingiu de 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Número de Saídas Cirúrgicas	16	Relatório de processamento do SIH / MS fornecido pela SEACONT através do Dereg/SMS.
Número de Saídas Cirúrgicas	16					
Mai: 06, Junho: 04, Julho: 04, Agosto: 08 Total: 22 AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribuiu o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 70 PONTOS.						
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.		

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



COMPLEXO HOSPITAL DOS ESTIVADORES

FRANCIES REGYANNE OLIVEIRA

THAIS CRISTINA ALVES DE JESUS

DANIELLE MENESES

Francies Regyanne Oliveira

[Signature]

Absente

[Signature]
[Signature]
[Signature]