



**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 2025 (1º QUADRIMESTRE).**

No dia 17 de junho de 2025, às 09:00 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:

<b>INDICADORES DE DESEMPENHO QUALITATIVOS</b>				
<b>Nº</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>META/PONTUAÇÃO</b>	<b>FONTE DE VERIFICAÇÃO</b>
1	<b>COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO</b>	Executar ações da Comissão de Humanização de acordo com a política nacional de humanização do SUS.	<p><b>1º e 2º Quadrimestre:</b> Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) elaborados e apresentados pela Instituição.</p> <p><b>3º Quadrimestre:</b> Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) elaborados e apresentados pela Instituição Apresentar: Cronograma, Composição dos membros, Regimento, Calendário a ser executado no ano seguinte.</p> <p><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Relatório / Ata quadrimestral das ações desenvolvidas apresentada pelo CHE, anexando fotos, lista de presença, dentre outros.

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



Apresentado pela instituição Plano Institucional de Humanização com relatórios de atividades previstas e realizadas para período e as Atas das reuniões efetuadas no período (janeiro 06/01, 16/01 e 30/01, fevereiro 13/02, 20/02, março 20/03 e abril 03/04, 17/04/2024.)

**Janeiro:** Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: 01; Manutenção do Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: 01 cronograma anual / 01 visita com 23 gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 02; Construção do protocolo atendimento Código Verde - Quantidade de ações realizadas: 01; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: 04. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: 02.

**Fevereiro:** Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: 01; Manutenção do Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: 01 visita com 23 gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: 04. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: 02.

**Março:** Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: 01; Manutenção do Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: 01 revisão dos encontros / 01 visita com 27 gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Realização de visita programada de Cãoterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: 01; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: 04. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: 02.

**Abril:** Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: 01; Manutenção do Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: 01 revisão do protocolo de atendimento do Pronto Atendimento Obstétrico / 01 visita com 23 gestantes participantes; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: 01; Realização de visita programada de Cãoterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: 01; Construção do protocolo atendimento Código Verde - Quantidade de ações realizadas: 01; 1. Introdução do conceito de cuidados paliativos - Quantidade de ações realizadas: 01; Construção do protocolo de abordagem dos familiares nos casos de óbito na UTI Neonatal - Quantidade de ações realizadas: 01; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: 04. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: 02.

**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 AVALIAÇÃO DE	Realizar pesquisa de satisfação do	<p align="center"><b>1º Quadrimestre</b></p> <p>Apresentar ferramentas de avaliação de satisfação do usuário, a ser aplicado na unidade, e relatório consolidado, mantendo como meta a média quadrimestral de 90% de satisfação. Apresentar o relatório global consolidado com todos os itens das ferramentas.</p>	Relatório estratificado e
---	-------------------------	------------------------------------	--	---------------------------

Handwritten signatures and marks on the right margin of the page.

Handwritten signatures and marks at the bottom of the page.



	<p><b>SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b></p>	<p>usuário garantindo amostragem de no mínimo 4% do número total de atendimento/mês.</p>	<p><b>2º e 3º Quadrimestres:</b> Apresentar o relatório consolidado, mantendo como meta a média quadrimestral de 90% de satisfação. Apresentar o relatório global consolidado com todos os itens das ferramentas.</p> <p><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 20 pontos.  Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.  Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>detalhado dos dados resultantes do instrumento, mês a mês apresentados pela Instituição. E subscritos por 2 representantes legais</p>
<p>Foi apresentado pela Instituição o painel de monitoramento dos indicadores com os seguintes números de pesquisas efetuadas</p> <p><b>Janeiro:</b> Número de atendimentos: 6.558; Pesquisas realizadas: 513 (7,82%); Índice de Satisfação Positiva: 97,13%</p> <p><b>Fevereiro:</b> Número de atendimentos: 6.608; Pesquisas realizadas: 656 (9,93%); Índice de Satisfação Positiva: 97,03%</p> <p><b>Março:</b> Número de atendimentos: 7.039; Pesquisas realizadas: 637 (9,05%); Índice de Satisfação Positiva: 97,05%</p> <p><b>Abril:</b> Número de atendimentos: 7.007; Pesquisas realizadas: 792 (11,30%); Índice de Satisfação Positiva: 97,16%</p> <p><b>Total de atendimentos: 27.212; Pesquisas realizadas: 2.598</b> <b>Média do Quadrimestre: 97,09%</b></p> <p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> A comissão atribui atendimento integral ao indicador. <b>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.</b></p>				
<p>3</p>	<p><b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO</b></p>	<p>Manter o serviço de atendimento ao usuário durante as 24 horas de funcionamento da unidade</p>	<p><b>1º, 2º e 3º Quadrimestres:</b>  Responder 95% das queixas/elogios recebidas em até 72h.</p> <p><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Abaixo de 100% da meta não pontua.</p>	<p>Relatório mensal constando os tipos de queixas/elogios, agrupados nos seguintes: tempo de espera, ambiência, higiene, relação profissionais X clientes, assistência e outros apresentados pela Unidade, incluso data/hora de abertura, identificação do assunto e devolutiva ofertada ao usuário com</p>

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



				data/hora.
--	--	--	--	------------

**Serviço de Atendimento ao Usuário**

**Janeiro:** Foram realizados 30 registros sendo pontuados:  
Elogio: 09 atendimentos; 01 relações profissional x cliente.  
Queixas: 14 assistências; 04 relações profissional x cliente, 01 alimentação, 01 horário de visita.

**Fevereiro:** Foram realizados 24 registros sendo pontuados:  
Elogio: 08 atendimentos; 01 assistência.  
Queixas: 03 atendimentos, 05 relações profissional x cliente; 07 assistências.

**Março:** Foram realizados 12 registros sendo pontuados:  
Elogio: 03 atendimentos.  
Queixas: 06 assistências; 03 relação profissional x cliente.

**Abril:** Foram realizados 22 registros sendo pontuados:  
Elogio: 08 relações profissional x cliente; 02 assistências.  
Queixas: 08 assistências, 02 em relação ao tempo de espera; 02 relação profissional x cliente

**Janeiro:** Foram efetuadas 20 reclamações e 10 elogios, respondido dentro do prazo.  
**Fevereiro:** Foram efetuadas 15 reclamações e 09 elogios, respondido dentro do prazo: 23 e fora do prazo: 01.  
**Março:** Foram efetuadas 09 reclamações e 03 elogios, respondido dentro do prazo.  
**Abril:** Foram efetuadas 12 reclamações e 10 elogios, respondido dentro do prazo

**Total de manifestações: 88**  
**Sendo respondido dentro das 72 horas preconizada: 87 – 98,86%.**  
**Fora do prazo: 01 – 1,14%.**

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

4	<b>ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	Executar ações na área de Educação Permanente.	<p><b>1º e 2º quadrimestre:</b> Realizar 100 % das atividades programadas para o período, lista de presença e cronograma das ações do quadrimestre, apresentados pela Instituição.</p> <p><b>3º quadrimestre:</b> Realizar 100 % das atividades programadas para o período, lista de presença e cronograma das ações do quadrimestre, apresentados pela Instituição.</p>	Plano de trabalho executado de acordo com o calendário das atividades
---	--	--	--	---

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



			<p>Elaborar o plano anual das atividades relativas a Educação Permanente contemplando ações voltadas a educação continuada de todas as categorias e revisão de processos de trabalho para o ano seguinte.</p> <p><b>Pontuação:</b>          Atingiu 100% da meta, 20 pontos.          Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.          Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>realizadas no período e lista de presença apresentados pela Instituição.</p>
<p>Apresentado o plano de Educação Permanente para o exercício de 2025, detalhando a metodologia empregada nos macros temas de treinamentos e desenvolvimentos de pessoal. Cronograma de atividades previstas e realizadas, especificando quantidade de turmas e total de participantes treinados nos temas que está metodologia foi utilizada conforme consolidado abaixo:</p> <p><b>Número de colaboradores treinados X Número de treinamentos aplicados – Índice de treinamentos (Hora x Homem)</b>  <b>Janeiro:</b> Colaboradores treinados: 493/ treinamentos aplicados: 19 - índice 0,97.  <b>Fevereiro:</b> Colaboradores treinados: 310 / treinamentos aplicados: 32 – índice 1,22.  <b>Março:</b> Colaboradores treinados: 384 / treinamentos aplicados: 38 – índice: 1,42.  <b>Abril:</b> Colaboradores treinados: 704 / treinamentos aplicados:48 – índice: 2,17.</p> <p><b>Colaboradores treinados quadrimestre: 1.891; treinamentos aplicados: 137 – índice 1,44.</b></p> <p><b>Avaliação do Indicador:</b> A comissão atribui atendimento integral ao indicador.  <b>PONTUAÇÃO: 20 Pontos.</b></p>				
5	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	5.1 Demonstrar tempo de resposta da solicitação de vagas hospitalares municipais.	<p><b>1º, 2º e 3º Quadrimestre:</b>          Manter tempo resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora.</p> <p><b>Pontuação:</b>          Respondeu acima de 90% da solicitação em até 1 (uma) hora, 20 pontos.          Respondeu entre 89% e 80% da solicitação em até 1 (uma) hora, 10 pontos.          Abaixo de 80%, não pontua</p>	<p>Relatório emitido pelo Dereg/SMS.</p>
		5.2 Disponibilizar leitos	<p><b>1º, 2º e 3º quadrimestre:</b>          Encaminhar diariamente censo com</p>	

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



	de internação para a Central de Regulação Municipal conforme pactuação.	distribuição de leitos ocupados e disponíveis para a Central de Regulação de Vagas Municipal.  <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 20 pontos  Atingiu entre 99% e 90% da meta, 10 pontos.  Abaixo de 90%, não pontua.	Relatório emitido pelo Dereg/SMS.		
	5.3 Garantir o armazenamento das informações em prontuário eletrônico.	<b>1º, 2º e 3º quadrimestre:</b> Registrar 100% do atendimento no sistema INTEGRA SAÚDE  <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 90% da meta, 10 pontos. Abaixo de 90%, não pontua	Relatório emitido pela Unidade e ratificado pelo Dereg/SMS, através de consulta ao sistema INTEGRA SAÚDE.		
	5.4 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.	<b>1º, 2º e 3º quadrimestre:</b> Realizar as saídas hospitalares estratificados por Alojamento Conjunto e Gestão de Alto Risco como se segue: <table border="1" data-bbox="766 1332 1149 1377"> <tr> <td>Clínica Obstétrica</td> <td>Até 1.080</td> </tr> </table> <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 20 pontos.  Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.  Abaixo de 70%, não pontua.	Clínica Obstétrica	Até 1.080	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS
Clínica Obstétrica	Até 1.080				
	5.5 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação	<b>1º, 2º e 3º quadrimestre:</b> Realizar as saídas hospitalares como se segue: <table border="1" data-bbox="766 1836 1149 1881"> <tr> <td>Clínica Médica</td> <td>812</td> </tr> </table> <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 20 pontos.  Atingiu entre 99% e 70% da meta,	Clínica Médica	812	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.
Clínica Médica	812				

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



		Municipal.	10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.			
		5.6 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.	<b>1º, 2º e 3º Quadrimestre:</b> Realizar as saídas hospitalares como se segue: como se segue: <table border="1"> <tr> <td>Clinica Cirúrgica Eletiva</td> <td>540</td> </tr> </table> <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Clinica Cirúrgica Eletiva	540	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.
Clinica Cirúrgica Eletiva	540					

**5.1** Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

**Janeiro:** 00:42:54;  
**Fevereiro:** 00:26:38  
**Março:** 00:30:38  
**Abril:** 00:26:38

Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora = média do quadrimestre: 00:31:42

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

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

**PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.**

**5.2** 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: 20 PONTOS.**

**5.3** Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

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

Quando 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: 25 PONTOS.**

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



5.4 Foram apresentados os seguintes dados relatório pelo Dereg.

**Clínica Obstétrica**

Janeiro: 273, Fevereiro: 268, Março: 295, Abril: 275.

**Total 1.111.**

Quanto ao subitem 4 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

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

**PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.**

5.5 Foram apresentados os seguintes dados relatório pelo Dereg.

**Clínica Médica:**

Janeiro: 231, Fevereiro: 234, Março: 194, Abril: 196.

**Total: 855.**

Quanto ao subitem 5 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

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

**PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.**

5.6 Foram apresentados os seguintes dados relatório pelo Dereg.

**Clínica Cirúrgica Eletiva:**

Janeiro: 150, Fevereiro: 143, Março: 143, Abril: 162.

**Total: 598**

**\*Total de saídas: 2.564**

**Total de saídas pactuadas: 2.432**

Quanto ao subitem 6 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

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

**PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.**

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** A comissão atribui o atendimento integral aos indicadores.

**TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITEMS: 125 PONTOS**

6	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO</b>	Manter a Comissão de Revisão de Prontuário em funcionamento, com amostragem de no mínimo 5% da produção do quadrimestre.	<p><b>1º e 2º, quadrimestre:</b> Apresentar: Cronograma do quadrimestre, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas e critérios utilizados (subscritos por 2 representantes legais)</p> <p><b>3º, quadrimestre:</b> Apresentar: Cronograma do quadrimestre, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas e critérios utilizados (subscritos por 2 representantes legais)</p> <p>e ações a serem desenvolvidas no</p>	Relatório mensal emitido pela Unidade, incluindo Atas das Reuniões.
---	--	--	--	---

Handwritten signatures and initials are present on the right side and bottom of the page, including a large signature at the top right and several smaller ones below it.



			<p>ano seguinte.</p> <p>Avaliar 100% da amostragem de no mínimo 5% da produção mensal e apresentar 85% dos resultados positivos, juntamente com as respectivas atas de reunião e relatórios</p> <p><b>Pontuação:</b></p> <p>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>	
--	--	--	---	--

**Número de prontuários avaliados:**

Janeiro: Total de prontuários analisados 103 (5,01%); índice de resultados positivos: 89,90%;  
 Fevereiro: Total de prontuários analisados 97 (5,07%); índice de resultados positivos: 88,90%;  
 Março: Total de prontuários analisados 109 (5,18%); índice de resultados positivos: 90,02%;  
 Abril: Total de prontuários analisados 107 (5,33%) índice de resultados positivos: 91,08%;  
**Total:** Total de prontuários analisados 416 – (5,15%)

**Índice de Resultados Positivos:**

Janeiro: 89,90%; Fevereiro: 88,90%; Março: 90,02%; Abril: 91,08%  
**Média:** 89,97%

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

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

**PONTUAÇÃO:** 20 PONTOS.

7	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO</b>	<p>Manter a comissão de revisão de óbito em funcionamento, analisando 100% dos prontuários de óbitos, apontando sugestões para a melhoria da qualidade do prontuário médico e do preenchimento</p>	<p><b>1º e 2º Quadrimestre:</b>                  Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais).</p> <p><b>3º Quadrimestre:</b>                  Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais)</p> <p>Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento,</p>	<p>Relatório mensal emitido pela Unidade respeitando o exigido no Quadrimestre, incluindo Atas das Reuniões, e relatórios das ações desenvolvidas.</p>
---	-------------------------------------	--	--	--

*(Handwritten signatures and initials)*



	do Atestado de óbito e eventuais inconsistências	Calendário, e ações a serem desenvolvidas no ano seguinte.	
		<p><b>Pontuação:</b>                  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>	

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

**Janeiro:** Adulto – 13; Neonatal – 01; Fetal – 02 – Total de Óbitos: 16 - 100% analisados

**Fevereiro:** Adulto – 12; Neonatal – 00; Fetal – 03 – Total de Óbitos: 15 - 100% analisados

**Março:** Adulto – 23; Neonatal – 00; Fetal – 04 – Total de Óbitos: 27 - 100% analisados

**Abril:** Adulto – 20; Neonatal – 01; Fetal – 01 – Total de Óbitos: 22 - 100% analisados

**Total do quadrimestre:** Números de óbitos: 80; Números de óbitos avaliados: 80 -100% dos prontuários analisados.

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

**PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.**

8	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>	<p>Apresentar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em funcionamento e de acordo com a legislação em vigor, mantendo a taxa de Infecção Hospitalar em até 2%.</p>	<p><b>1º e 2º Quadrimestre:</b> Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões, resultado dos indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais)</p> <p><b>3º Quadrimestre:</b> Apresentar: atas das reuniões, resultado dos indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais). Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, e ações a serem desenvolvidas no ano seguinte.</p> <p><b>Pontuação:</b>                  Atingiu 100% da meta, 30 pontos.</p>	<p>Relatório mensal respeitando o exigido no Quadrimestre, emitido pela Unidade, incluindo Atas das Reuniões e relatório das ações desenvolvidas.</p>
---	---	--	---	---

*(Handwritten signatures and initials)*



		<p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	
--	--	--	--

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

Taxa bruta

Janeiro: 1,15%, Fevereiro: 0,79%, Março: 0,0,28%, Abril: 0,14%

Média: 0,59

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: 30 PONTOS.**

**INDICADORES DE DESEMPENHO QUANTITATIVO**

		1º, 2º e 3º Quadrimestre			
		<u>Ofertar 100% das metas quantitativas por exames pactuados:</u>			
9	SADT EXTERNO	Disponibilizar agenda de SADT pactuado. Estratificado Município/Estado SISREG/CROSS (SIRESP).	USG	5568	Relatório emitido pelo Dereg/SMS, dos exames regulados pela Municipalidade e Relatório da Instituição apontando a produção destinada ao CROSS (SIRESP) Estado.
			SISREG: 5568		
			CROSS (SIRESP):		
			0		
			ECO / Doppler	2.600	
			SISREG: 2600		
CROSS (SIRESP):					
0					
Tomografia	5.920				
SISREG: 5.440					
CROSS(SIRESP):4					
80					
Endoscopia:	1.000				
SISREG: 680					
CROSS(SIRESP):3					
20					
Colonoscopia:	700				
SISREG: 540					
CROSS(SIRESP):					
160					
Broncoscopia:	72				
SISREG: 44					

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



002009

			<p>CROSS(SIRESP): 28</p>	
			<p>Mamografias SISREG: 5280 CROSS (SIRESP): 0</p>	<p><b>5.280</b></p>
			<p>Raio X SISREG: 2400 CROSS (SIRESP): 0</p>	<p><b>2.400</b></p>
			<p><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta média quadrimestral por exame, 80 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta média quadrimestral por exame, 60 pontos.</p> <p>Abaixo de 70% da meta média quadrimestral por exame, não pontua.</p>	

**Total de exames efetuados:**

**Janeiro:** USG: 1.418, ECO/DOPPLER: 665, Endoscopia: 251, Colonoscopia: 176, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.481; Raio X: 600; Mamografia: 1.320  
Total: 5.929.

**Fevereiro:** USG: 1.215, ECO/DOPPLER: 624, Endoscopia: 260, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.  
Total: 5.692.

**Março:** USG: 1.463, ECO/DOPPLER: 703, Endoscopia: 260, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.  
Total: 6.019.

**Abril:** USG: 1.472, ECO/DOPPLER: 674, Endoscopia: 246, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.481; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.  
Total: 5.986.

**Total quadrimestre:**

**USG: 5.568 (100%)**  
**ECO/DOPLER: 2.666 (103%)**  
**Endoscopia: 1.017 (102%)**  
**Colonoscopia: 701 (100%)**  
**Broncoscopia: 72 (100%)**  
**Tomografia: 5.922 (100%)**

*[Handwritten signatures and initials on the right margin]*

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



Mamografia: 5.280 (100%)

Raio X: 2.400 (100%)

Total: 23.626 (100%)

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

**PONTUAÇÃO:** 80 PONTOS.

10	TAXAS HOSPITALARES	10.1 Taxa de Ocupação UTI Adulto. Estratificado Município/Estado SISREG/CROSS (SIRESP).	Manter Taxa de Ocupação de leitos da UTI Adulto igual ou superior a 85%, na média quadrimestral.  <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 40 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua	Relatório emitido pelo Dereg/SMS com extração dos sistemas oficiais. E Relatório da Instituição demonstrando a ocupação dos leitos regulados pelo CROSS (SIRESP) Estado.				
		10.2 Taxa de Ocupação Hospitalar – TOH.	Manter a TOH da Clínica Médica igual ou superior a 85%.  <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição com estratificação dos sistemas oficiais.				
		10.3 Tempo Médio de Permanência – TMP.	Manter TMP da: <table border="1" data-bbox="762 1339 1150 1883"> <tr> <td>Clínica Obstétrica</td> <td>Até 04 dias</td> </tr> <tr> <td>Clínica Médica (estratificando e excluindo os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).</td> <td>Até 09 dias</td> </tr> <tr> <td>Clínica Cirúrgica</td> <td>Até 03 dias</td> </tr> </table> Apresentar demonstrativos diferenciados dos leitos regulados pelo SISREG e pelo CROSS.  <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta,	Clínica Obstétrica	Até 04 dias	Clínica Médica (estratificando e excluindo os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).	Até 09 dias	Clínica Cirúrgica
Clínica Obstétrica	Até 04 dias							
Clínica Médica (estratificando e excluindo os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).	Até 09 dias							
Clínica Cirúrgica	Até 03 dias							

*[Handwritten signatures and initials]*



		35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	
10.4 Taxa de Mortalidade Hospitalar – TMH.		Manter a TMH inferior a 4,5%. <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.
10.5 Taxa de Mortalidade Institucional – TMI.		Manter a TMI inferior a 4%. <b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.
10.6 Taxa de Reinternação pelo mesmo diagnóstico, em 30 dias.		Manter a TR inferior a 5%. <b>Pontuação:</b> 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 signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signatures]*



	<p>10.7 Taxa de Parto Cesário – TPC.</p>	<p>10.7.1 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><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>Relatório de procedimentos realizados através do Dereg/SMS, incluindo apresentação de "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" das parturientes; apresentado pela Instituição, com os pré-requisitos legais atendidos e apresentar relatório com Classificação de Robson de I a IV excetuando as cesáreas a pedido.</p>
		<p>10.7.2 Apresentar 100% de CID secundário nas AIH de parto cesáreo.</p> <p><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>Relatório informado através do Dereg/SMS.</p>
<p><b>10.1 – Taxa de Ocupação UTI Adulto</b>  <b>Janeiro:</b> CROOS: 90,32%; SISREG: 101,62%. Total: 97,37%  <b>Fevereiro:</b> CROOS: 83,93%; SISREG: 103,28%. Total: 95,93%  <b>Março:</b> CROOS: 91,40%; SISREG: 99,03%. Total: 96,16%  <b>Abril:</b> CROOS: 101,13%; SISREG: 98,99%. Total: 99,79%  <b>Total:</b> CROOS: 91,69%; SISREG: 100,73%. Total: 97,31%</p> <p>Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador  <b>PONTUAÇÃO: 40 PONTOS.</b></p> <p><b>10.2 – Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH</b>  <b>Clínica Médica</b>  <b>Janeiro:</b> CROOS: 58,76%; SISREG: 87,66%. Total: 75,71%  <b>Fevereiro:</b> CROOS: 82,77%; SISREG: 86,10%. Total: 84,84%  <b>Março:</b> CROOS: 73,60%; SISREG: 98,31%. Total: 88,62%  <b>Abril:</b> CROOS: 76,41%; SISREG: 95,30%. Total: 87,83%  <b>Média:</b> CROOS: 72,88%; SISREG: 91,84%. Total: 84,25%</p> <p>Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento parcial ao indicador</p>			

*[Handwritten signatures and initials]*



**PONTUAÇÃO: 15 PONTOS**

**10.3 – Tempo Médio de Permanência - TMP**

**Clínica Obstétrica**

Janeiro: 3,81; Fevereiro: 3,96; Março: 3,80; Abril: 3,83.

**Média: 3,85.**

**Clínica Médica**

Janeiro: CROOS: 9,81%; SISREG: 5,95%. Total: 6,81%  
Fevereiro: CROOS: 9,84%; SISREG: 8,01%. Total: 8,60%  
Março: CROOS: 9,38%; SISREG: 8,77%. Total: 8,96%  
Abril: CROOS: 11,00%; SISREG: 7,70%. Total: 8,59%  
Total: CROOS: 10,01%; SISREG: 7,61%. Total: 8,24%

**\*Clínica Médica: atualmente com 09 pacientes de longa permanência.**

**Clínica Médica**

**Sem os Casos Sociais**

Janeiro: CROOS: 9,81%; SISREG: 4,97%. Total: 6,02%  
Fevereiro: CROOS: 9,84%; SISREG: 6,20%. Total: 7,32%  
Março: CROOS: 9,38%; SISREG: 6,18%. Total: 7,13%  
Abril: CROOS: 11,00%; SISREG: 5,73%. Total: 7,09%  
Total: CROOS: 10,01%; SISREG: 5,77%. Total: 6,89%

**Clínica Médica**

**Sem os Casos Sociais e as Colonoscopia**

Janeiro: CROOS: 13,62%; SISREG: 9,67%. Total: 10,85%  
Fevereiro: CROOS: 15,05%; SISREG: 11,11%. Total: 12,50%  
Março: CROOS: 15,55%; SISREG: 9,78%. Total: 11,47%  
Abril: CROOS: 15,50%; SISREG: 10,19%. Total: 11,87%  
Média: CROOS: 14,93%; SISREG: 10,19%. Total: 11,67%

**Clínica Cirúrgica**

Janeiro: CROOS: 1,79%; SISREG: 2,12%. Total: 1,99%  
Fevereiro: CROOS: 2,17%; SISREG: 1,85%. Total: 1,98%  
Março: CROOS: 1,78%; SISREG: 2,04%. Total: 1,95%  
Abril: CROOS: 2,00%; SISREG: 1,78%. Total: 1,86%

**Total: CROOS: 1,94%; SISREG: 1,95%. Total: 1,95%**

\*O tempo médio de permanência dos pacientes da Clínica Médica vem aumentando em virtude do perfil epidemiológico e dos casos recebidos pelo NIR. Observa-se que a quantidade de casos de internação de longa permanência de pacientes que não conseguem ser encaminhados para outros pontos do sistema diminuiu, pelo aumento da articulação entre os pontos de assistência. No entanto, pacientes provenientes da regulação com maior gravidade e colonizados fazem com que seu tempo médio de internação aumente. Ao final do quadrimestre havia 09 pacientes de longa permanência, 01 a mais que no quadrimestre anterior, sendo que nesse período foram realizadas 04 altas.

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

**PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.**

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the page]*



002014

PREFEITURA DE  
**Santos****10.4 – Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH**

Janeiro: 2,01%; Fevereiro: 1,91%; Março: 3,17%; Abril: 2,92%

**Média do quadrimestre: 2,50%**

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

**PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.****10.5 – Taxa de Mortalidade Institucional - TMI**

Janeiro: 1,72%; Fevereiro: 1,75%; Março: 3,03%; Abril: 2,79%

**Média do quadrimestre: 2,32%**

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

**PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.****10.6 – Taxa de Reinternação - TR**Janeiro: Taxa reinternação: 5,75%. Executando as reinternações programadas e partos: 3,16%;  
Fevereiro: Taxa reinternação: 6,84%. Executando as reinternações programadas e partos: 3,34%;  
Março: Taxa reinternação: 5,93%. Executando as reinternações programadas e partos: 2,76%;  
Abril: Taxa reinternação: 6,41%. Executando as reinternações programadas e partos: 2,51%**Média do quadrimestre: Taxa reinternação: 6,23%. Executando as reinternações programadas e partos: 2,94%.**

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

**PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.****10.7.1 – Taxa de Parto Cesáreo – TPC - Excetuando os casos por lei**

Janeiro: 37,70%, Fevereiro: 34,71%, Março: 27,12 %, Abril: 25,84%

**Média do quadrimestre: 30,32%****10.7.2 – Apresentar CID secundário na AIH de parto cesáreo.**

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

**Média: 100%**

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

**PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.**

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

**PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.****AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento parcial aos indicadores  
TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 245 PONTOS.**



11	<b>GESTÃO DA CLÍNICA</b>	Manter ações de promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	<p>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.</p> <p><b>Pontuação:</b>          Atingiu 100% das ações, 40 pontos;          Atingiu entre 80% e 99%, 30 pontos;          Abaixo de 80%, 20 pontos.</p>	Relatório de visita in loco realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
----	--------------------------	--	---	--

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: 40 PONTOS.**

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

**Janeiro: Cirurgias agendas: 186 – Cirurgias suspensas: 19 - Sendo:** 12 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 01 (fatores internos) e 06 (falta do paciente).

**Fevereiro: Cirurgias agendas: 166 – Cirurgias suspensas: 14 - Sendo:** 05 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 02 (fatores internos) e 07 (falta do paciente).

**Março: Cirurgias agendas: 167 – Cirurgias suspensas: 20 - Sendo:** 09 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 05 (fatores internos) e 06 (falta do paciente).

**Abril: Cirurgias agendas: 180 – Cirurgias suspensas: 10 - Sendo:** 06 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 02 (fatores internos) e 02 (falta do paciente).

**Total de cirurgias cancelas: 63**

**Nota da unidade:**

\***Instabilidade clínica:** condições que definiu a suspensão do procedimento no momento da admissão do paciente a saber: pico hipertensivo com encaminhamento ao cardiologista (19), síndrome gripal (01), não suspensão do anticoagulante (01), dextro alterado (02), aguardando término do tratamento (01), anticorpos irregulares (02), alteração laboratorial (01), quebra de jejum (03), abscesso de parede abdominal (01) e insegurança do paciente no centro cirúrgico (1).

*(Handwritten signatures and initials)*



**\*\* Relacionadas a Instituição:** 06 casos, o tempo de cirurgia excedeu o horário programado em virtude da gravidade e extensão das cirurgias, ocasionando o reagendamento das cirurgias posteriores da grade diária, 01 caso lotação da UTI Adulto extinguiu a reserva técnica da vaga para transferência do RPA, 01 caso houve descontinuidade de uso do equipamento – em virtude de falha – utilizado para cirurgia endovascular; 01 caso a cirurgia foi suspensa por quebra do padrão de qualidade do instrumental, verificado na segunda checagem, realizada antes do início da cirurgia e 01 caso de reprogramação da cirurgia por reavaliação, sendo o paciente encaminhado para ambulatório.

Dos 10 procedimentos cirúrgicos suspensos 04 foram reagendados e realizados dentro do quadrimestre, 1 desistência, permanecendo 05 pacientes aguardando uma nova data.

**\*\*\***Nesse quadrimestre, 33% dos procedimentos cirúrgicos eletivos não foram realizados em virtude de falta dos pacientes. Foram 21 faltas, sendo que destes, 08 pacientes ao serem novamente contactados manifestaram desejo de cancelamento do procedimento cirúrgico.

**\*\*\*\***Também observamos 16% de remanejamentos relacionados à fatores internos. Importante destacar que o dimensionamento do tempo médio cirúrgico foi um fator determinante nos reagendamentos dos segundos pacientes, visto a complexidade dos casos na hora da abordagem.

**Providências para regularização das cirurgias suspensas:**

Cirurgias realizadas: 14

Pacientes reavaliados e aguardando nova data de cirurgia: 11

Pacientes agendado no ambulatório: 10

Pacientes que desistiram de realizar o procedimento: 08

Pacientes aguardando liberação médica: 20

**AValiação DO INDICADOR:** A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

**PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.**

13	<b>PLANEJAMENTO FAMILIAR</b>	Disponibilizar agenda para procedimento cirúrgico em atendimento ao Planejamento Familiar.	<p>Manter no quadrimestre a disponibilização da agenda dos procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:</p> <table border="1" data-bbox="767 1332 1136 1375"> <tr> <td>Laqueadura Tubária</td> <td>100</td> </tr> </table> <p><b>Pontuação:</b>          Atingiu 100% da meta, 40 pontos.          Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos.          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.**

*(Handwritten signatures and initials on the right margin)*



14	<b>PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES</b>	Realizar cirurgias de alta complexidade endovascular encaminhados pela Regulação Municipal – DREG.	<p><b>1º, 2º e 3º Quadrimestre</b> Realizar 100 % das metas quantitativas por procedimento pactuado quadrimestralmente:</p> <table border="1" data-bbox="770 495 1137 685"> <tr> <td>Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Número de Arteriografias</td> <td>44</td> </tr> </table> <p><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta média quadrimestral por procedimento, 50 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta média quadrimestral por procedimento, 25 pontos. Abaixo de 70% da meta média quadrimestral por procedimento, não pontua.</p>	Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	36	Número de Arteriografias	44	Relatório informado através do DREG/SMS.
Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	36							
Número de Arteriografias	44							
<p><b>Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)</b> Janeiro: 09, Fevereiro: 10, Março: 02, Abril: 18 Total: 36</p> <p><b>Número Arteriografias</b> Janeiro: 09, Fevereiro: 10, Março: 0 Abril: 18 Total: 37</p> <p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> A comissão atribuiu o atendimento parcial ao indicador. <b>PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.</b></p>								



15	<b>CIRURGIAS DE ENDOMETRIOSE</b>	Realizar Cirurgias de Endometriose conforme atendimento no Ambulatório Pré-Cirúrgico de Ginecologia, cujo o número de vagas são previamente definidas pelo Dereg.	<p><b>1º, 2º e 3º Quadrimestre</b> Realizar quadrimestralmente os procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:</p> <table border="1" data-bbox="770 481 1157 560"> <tr> <td>Número de Saídas Cirúrgicas</td> <td>16</td> </tr> </table> <p><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 50 pontos. Atingiu de 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Número de Saídas Cirúrgicas	16	Relatório emitido pelo Dereg/SMS, dos procedimentos realizados pela Municipalidade e Relatório da Instituição apontando a produção destinada ao CROSS (SIRESP) Estado.
Número de Saídas Cirúrgicas	16					
<p>Janeiro: 08, Fevereiro: 04, Março: 05, Abril: 04 Total: 21</p> <p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> A comissão atribuiu o atendimento integral ao indicador. <b>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.</b></p>						
16	<b>TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL</b>	Disponibilizar Transporte em Viatura Móvel adequado ao perfil da remoção com Recursos Humanos completos e compatíveis com o porte da Remoção.	<p>Transportar os pacientes internados que necessitem de Remoção para outros Serviços, inclusive para realização de eventuais Exames Subsidiários ou Interconsultas fora do ambiente hospitalar. Informar todos os casos pontuais de exceção.</p> <p><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Abaixo de 100%, não pontua.</p>	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, estratificando os tipos de remoção.		
<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 estratificando os tipos de remoção</p> <p><b>Janeiro:</b> 34 remoções <b>Fevereiro:</b> 40 remoções <b>Março:</b> 432remoções <b>Abril:</b> 34 remoções <b>Total Quadrimestre:</b> 150 remoções</p> <p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> A comissão atribui atendimento integral ao indicador <b>PONTUAÇÃO: 30 PONTOS</b></p>						

*[Handwritten signatures and initials]*



<p>17</p>	<p><b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b></p>	<p>17.1 Implantar monitoramento gerencial de tempo de espera por consulta médica no PA Obstétrico após acolhimento na classificação de risco, estratificando o número de todos os atendimentos realizados e a origem do paciente.</p>	<p>Apresentar os demonstrativos mensais estratificados conforme protocolo de classificação de risco estabelecido pelo município, monitorando tempo de espera para consulta médica no PA Obstétrico após respectivo acolhimento.</p> <p><b>Atendimento em até:</b>          * Vermelho – Imediato          * Laranja – até 15 minutos          * Amarelo – até 30 Minutos.          * Verde – até 120 minutos.          * Azul – até 240 minutos.</p> <p><b>Pontuação:</b>          Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos, Abaixo não pontua.</p>	<p>Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRÁ.</p>
		<p>17.2 Implantar monitoramento gerencial de tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco.</p>	<p>Apresentar os demonstrativos mensais estratificados de monitoramento de intervalo de tempo entre a chegada do usuário na Unidade e o início da classificação de risco em até 10 minutos.</p> <p><b>Pontuação:</b>          Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos, Abaixo não pontua.</p>	<p>Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRÁ.</p>

Avaliação do Indicador:

17.1 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial: tempo de espera por consulta médica no PA Obstétrico

Janeiro: Vermelho: 00:00:00 – Laranja: 00:15:00 - Amarelo: 00:26:00 – Verde: 00:56:00 – Azul: 00:52:00  
 Fevereiro: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:18:00 - Amarelo: 00:22:00 – Verde: 01:01:00 – Azul: 01:22:00  
 Março: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:14:00 - Amarelo: 00:22:00 – Verde: 01:01:00 – Azul: 01:23:00

*[Handwritten signatures and initials]*



**Abril: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:14:00 - Amarelo: 00:29:00 - Verde: 01:06:00 - Azul: 01:32:00**

**Média quadrimestre vermelho: 00:00:00**

**Média quadrimestre laranja: 00:15:00**

**Média quadrimestre amarelo: 00:24:00**

**Média quadrimestre verde: 01:01:00**

**Média quadrimestre azul: 01:17:00**

**Origem do Paciente:**

**Janeiro:**

**Vermelho: Santos: 03 (75%) - P.Grande: 01 (25%) - Total: 04 (100%).**

**Laranja: Santos: 08 (72,73%) - S.Vicente: 01 (9,09%) - P.Grande: 01 (9,09%) - Guarujá: 01 (9,09%) - Total: 11 (100%).**

**Amarelo: Santos: 60 (54,55%) - S.Vicente: 20 (18,18%) - P.Grande: 14 (12,73%) - Guarujá: 10 (9,09%) - Cubatão: 05 (4,55%) - Itanhaém: 01 (0,91) - Total: 110 (100%).**

**Verde: Santos: 550 (67,40%) - S.Vicente: 109 (13,36%) - P.Grande: 103 (12,62%) - Guarujá: 36 (4,41%) - Cubatão: 11 (1,35%) - Itanhaém: 02 (0,25) - Outros: 05 (0,61) - Total: 816 (100%).**

**Azul: Santos: 58 (71,60%) - S.Vicente: 07 (8,64%) - P.Grande: 07 (8,64%) - Guarujá: 07 (8,64%) - Cubatão: 02 (2,47%) Total: 81 (100%).**

**Fevereiro:**

**Vermelho: Santos: 0 (0%) - S.Vicente: 0 (0%) - P.Grande: 0 (0%) - Guarujá: 0 (0%) - Cubatão: 00 (%) Total (0%).**

**Laranja: Santos: 2 (100%) - S.Vicente: 0 (0%) - P.Grande: 0 (0%) - Guarujá: 0 (0%) - Cubatão: 0 (0%) Total: 02 (100%).**

**Amarelo: Santos: 79 (56,03%) - S.Vicente: 24 (17,02%) - P.Grande: 22 (15,60%) - Guarujá: 10 (7,09%) - Cubatão: 05 (3,55%) - Outros: 01 (0,71) - Total 141 (100%)**

**Verde: Santos: 561 (68,50%) - S.Vicente: 95 (11,60%) - P.Grande: 91 (11,11%) - Guarujá: 56 (6,84%) - Cubatão: 13 (1,59%) - Itanhaém: 01 (0,12) - Outros: 02 (0,24) - Total: 819 (100%).**

**Azul: Santos: 25 (83,33%) - S.Vicente: 04 (13,33%) - P.Grande: 01 (3,33%) - Guarujá: 0 (0%) - Cubatão: 0 (0%) Total 30 (100%).**

**Março:**

**Vermelho: Santos: 01 (50,00%) - S.Vicente: 0 (0%) - P.Grande: 0 (0%) - Guarujá: 00 (0%) - Cubatão: 0 (0%) - Bertioga (01) - Total - 02 (100%).**

**Laranja: Santos: 08 (54,14%) - S.Vicente: 01 (7,14%) - P.Grande: 02 (14,29%) - Guarujá: 02 (14,29%) - Cubatão: 01 (7,14%) - Total: 14 (100%).**

**Amarelo: Santos: 85 (64,39%) - S.Vicente: 19 (14,39%) - P.Grande: 18 (13,64%) - Guarujá: 05 (3,79%) - Cubatão: 05 (3,79%) - Total: 132 (100%).**

**Verde: Santos: 569 (64,59%) - S.Vicente: 140 (15,89%) - P.Grande: 92 (10,44%) - Guarujá: 47 (5,33%) - Cubatão: 26 (2,95%) - Itanhaém: 01 (0,11) - Outros: 06 (0,68) Total: 881 (100%).**

**Azul: Santos: 38 (69,09%) - S.Vicente: 07 (12,73%) - P.Grande: 06 (10,91%) - Guarujá: 04 (7,27%) - Cubatão: 0 (0%) Total 55 (100%).**

**Abril:**

**Vermelho: Santos: 02 (50,00%) - S.Vicente: 0 (%) - P.Grande: 01 (25%) - Guarujá: 01 (25%) - Cubatão: 0 (0%) Total: 04 (100%).**

**Laranja: Santos: 06 (75,00%) - S.Vicente: 0 (%) - P.Grande: 00 (0%) - Guarujá: 01 (12,50%) - Cubatão: 01 (12,50%) Total: 08 (100%).**

**Amarelo: Santos: 81 (58,27%) - S.Vicente: 30 (21,58%) - P.Grande: 15 (10,79%) - Guarujá: 08 (5,76%) - Cubatão: 03 (2,16%) - Itanhaém: 01 (0,72) - Outros: 01 (0,72) - Total: 139 (100%).**

**Verde: Santos: 532 (67,68%) - S.Vicente: 115 (14,63%) - P.Grande: 79 (10,05%) - Guarujá: 47 (5,98%) -**

*[Handwritten signatures and initials]*



**Cubatão:** 10 (1,27%) - **Outros:** 03 (0,38) Total: 786 (100%).

**Azul: Santos:** 31 (91,18%) - **S.Vicente:** 03 (8,82%) - **P.Grande:** 0 (0%) - **Guarujá:** 0 (0%) - **Cubatão:** 0 (0%)  
Total: 34 (100%).

Considerações: sem casas decimais ( se tivesse não pontuaria)

**Avaliação do Indicador:** A comissão atribui o não atendimento ao indicador.

**PONTUAÇÃO:** 00 Pontos.

17.2 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial: tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco

**Setembro: Totem para Classificação:** 00:17:00.

**Outubro: Totem para Classificação:** 00:13:00.

**Novembro: Totem para Classificação:** 00:10:00.

**Novembro: Totem para Classificação:** 00:09:00.

**Média do Quadrimestre: totem para classificação: 00:12:00.**

17.2 - **Avaliação do Indicador:** A comissão atribui o não atendimento ao indicador.

**PONTUAÇÃO:** 00 Pontos

**Justificativa:** Ultrapassou o tempo de espera entre a senha e a classificação de risco permitido de ATÉ 10 minutos.

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** A comissão atribui o não atendimento aos indicadores

**TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 00 PONTOS.**

18	<p><b>TEMPO DE RESPOSTA PARA RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRONTO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO</b></p>	<p>Implantar monitoramento de tempo em até 1 hora, entre a realização da consulta médica e resultado de eventuais exames laboratoriais e de imagem destinados ao Pronto Atendimento Obstétrico.</p>	<p>Atingir a meta estabelecida em até 1 hora no resultado de eventuais exames laboratoriais e de imagem.</p> <p><b>Pontuação:</b> Atingiu 100% da meta – pontua 40 pontos Atingiu entre 99% e 80% da meta – pontua 20 pontos Abaixo de 80% - não pontua.</p>	<p>Relatório planilhado apresentado pela Unidade, com inclusão de certificação pelo prestador do serviço na disponibilização do resultado.</p>
----	---	---	--	--

**Avaliação do Indicador:** Apresentado relatório pela Instituição.

**Janeiro:** Total de exames laboratoriais: 1.296/ Tempo médio de liberação: 00:52:01

**Total de exames imagem:** 09/ Tempo médio de liberação: 01:02:27.

**Fevereiro:** Total de exames laboratoriais: 1.169/ Tempo médio de liberação: 00:40:05

**Total de exames imagem:** 04/ Tempo médio de liberação: 00:36:45.

**Março:** Total de exames laboratoriais: 1.444/ Tempo médio de liberação: 00:39:23

**Total de exames imagem:** 03/ Tempo médio de liberação: 00:43:00.

**Abril:** Total de exames laboratoriais: 1.265/ Tempo médio de liberação: 00:44:57

**Total de exames imagem:** 06/ Tempo médio de liberação: 00:33:20.

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



Tempo Médio do quadrimestre exames laboratoriais: 00:44:07.  
Tempo Médio do quadrimestre exames imagem: 00:43:53.

Média no quadrimestre: 00:44:00

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento total ao indicador.  
PONTUAÇÃO TOTAL: 40 Pontos.

A somatória dos indicadores totaliza 855 (oitocentos e cinquenta e cinco) 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 10:00 horas, sendo a presente Ata vista e assinada por todos os presentes, conforme lista anexa, parte integrante da mesma.

ELOISA FRAGA LOPES GALASSO – Presidente

SANDRO LUIZ FERREIRA DE ABREU – Suplente

ELLEN DE ALMEIDA KECHICHIAN – Titular

THABATA MARTINS DOS SANTOS - Suplente

MARCO SERGIO NEVES DUARTE – Titular

SERGIO ROBERTO MENDES – Suplente

RUBIA LORRAINE FERNANDES VALENTE– Titular

ARIANE MATIAS CORREA– Suplente

GEOVANA DOMINGOS NUNES - Titular

FLÁVIA MENDES DE SOUZA– Suplente

JOSÉ IVO DOS SANTOS - Titular

SILAS DA SILVA - Suplente

DANIELE AUGUSTO-Convitada

CATIANA LEME BRAGA – Convitada

Anderson DIONISIO

Handwritten signatures on lined paper corresponding to the list of names. The signatures are: Sandro Luiz Ferreira de Abreu, Thabata Martins dos Santos, Marco Sergio Neves Duarte, Sergio Roberto Mendes, Rubia Lorraine Fernandes Valente, Arianne Matias Correa, Geovana Domingos Nunes, Flávia Mendes de Souza, José Ivo dos Santos, Silas da Silva, Daniele Augusto, and Catiana Leme Braga.



**COMPLEXO HOSPITAL DOS ESTIVADORES**

FRANCIES REGYANNE OLIVEIRA

THAIS CRISTINA ALVES DE JESUS

DANIELLE MENESES

ANDRÉ LUIZ F. SOUZA  
Conselho Saúde

HUGO JESUÍ

MÁRIO TRAST

*Francies Regyane Oliveira*

*[Signature]*  
ausente

*[Signature]*

*[Signature]*



**Saúde**

**SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTOS  
GABINETE DO SECRETÁRIO  
SECONG  
CAF**

Santos, 23 de fevereiro de 2026.

### **ERRATA**

Eu, **Eloisa Galasso**, atual Presidente da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, usando das atribuições a mim designada, venho através deste instrumento, **retificar** ata da reunião da comissão de acompanhamento e fiscalização da reunião realizada no dia 17 de junho de 2025, às 09:00 horas, na Sala de Reuniões do Gabinete da SMS.

Onde se lê:

Indicador 10.7.1: Taxa de Parto Cesáreo – TPC – Excetuando os casos por lei  
Janeiro: 37,70%

**Leia-se: 10.7.1: Taxa de Parto Cesáreo – TPC – Excetuando os casos por lei  
Janeiro: 33,70%**

Onde se lê:

Indicador 14: Procedimentos Endovasculares  
Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)  
Janeiro: 09, Fevereiro: 10, Março: 02, Abril 18  
Total 36

**Leia-se:**

**Indicador 14: Procedimentos Endovasculares  
Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)  
Janeiro: 09, Fevereiro: 10, Março: 02, Abril 18  
Total 39**

Onde se lê:

Indicador 16: Transporte Interinstitucional  
Janeiro: 34 remoções, Fevereiro: 40 remoções, Março: 432 remoções, Abril: 34 remoções  
Total 150

**Leia-se:**

**Indicador 16: Transporte Interinstitucional  
Janeiro: 34 remoções, Fevereiro: 40 remoções, Março: 32 remoções, Abril: 34  
remoções  
Total 140**

Onde se lê:

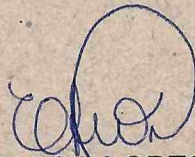
Indicador 17.2: Classificação de Risco (Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial: tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco):

Setembro: Totem para Classificação: 00:17:00  
Outubro: Totem para Classificação: 00:13:00  
Novembro: Totem para Classificação: 00:10:00  
Novembro: Totem para Classificação: 00:09:00

**Leia-se:**

Indicador 17.2: Classificação de Risco (Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial: tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco):

Janeiro: Totem para Classificação: 00:17:00  
Fevereiro: Totem para Classificação: 00:13:00  
Março: Totem para Classificação: 00:10:00  
Abril: Totem para Classificação: 00:09:00



**ELOISA FRAGA LOPES GALASSO  
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO**