

INTRODUÇÃO

O presente relatório trata da verificação do cumprimento das metas qualitativas constantes no convênio de nº 002/2019, processo administrativo nº 1.066/2019, firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Maracaju e a Associação Beneficente de Maracaju – Hospital Soriano Corrêa da Silva – A vigência do convênio é de 1 (um) ano a partir do dia 24 de maio de 2019 e aditivos. Foram avaliados os indicadores de atenção hospitalar da competência **ABRIL/2021** presentes no referido Termo de Convênio, conforme consta no quadro em anexo. Os trabalhos de coleta de dados foram realizados no meses de MAIO e JUNHO/2021 e incluiu a Visita Técnica ao hospital, para análise do cumprimento das metas.

DESENVOLVIMENTO

Quadro de metas qualitativas conveniadas x realizadas e respectiva pontuação obtida pelo hospital na Competência: **ABRIL/2021**.

METAS DO EIXO DA ASSISTÊNCIA																									
Nº	Indicadores	Metas	Pontuação	Cumpriment o das Metas	Pontuação Atingida																				
1	Implantação da Política de Humanização - verificar: a) na sala de recepção e espera: (X) condições adequadas de limpeza, iluminação e ventilação; (X) existência de filas. Justificativa: (x) existência de sanitários para o público, por sexo, com condições adequadas de limpeza; (X) cadeiras confortáveis e em número suficiente; (X) disponibilidade de bebedouro; b) existência de horários flexíveis para visitas (dois ou mais horários, com duração mínima de 2 horas por dia); c) infra-estrutura adequada a presença de acompanhante para menores de 18 anos, maiores de 60 anos, parturientes e portadores de necessidades especiais: espaço físico adequado, disponibilidade de poltrona ou cama e fornecimento de duas refeições.	SIM a) = 10 b) = 5 c) = 15	30	SIM a) 10 b) 5 c) 15	30																				
2	Redução da taxa de cesariana. <table border="1"> <tr> <th colspan="2">PARTOS</th> <th>TOTAL</th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th>NORMAL</th> <th>CESARIA</th> <th>PARTOS</th> <th>%</th> <th>MÊS</th> </tr> <tr> <td>37</td> <td>17</td> <td>54</td> <td>31</td> <td>mar/21</td> </tr> <tr> <td>37</td> <td>17</td> <td>54</td> <td>31</td> <td>ABR/21</td> </tr> </table>	PARTOS		TOTAL			NORMAL	CESARIA	PARTOS	%	MÊS	37	17	54	31	mar/21	37	17	54	31	ABR/21	≥ 5% de redução por mês, até a taxa atingir 25% em unidades com risco habitual. Redução: ≥ 5% = 50 < 5% = 25 Sem redução = Zero	50	<u>NÃO</u> Mar/2021 31% Abr/2021 31%	00
PARTOS		TOTAL																							
NORMAL	CESARIA	PARTOS	%	MÊS																					
37	17	54	31	mar/21																					
37	17	54	31	ABR/21																					

3	Percentual de procedimentos obstétricos realizados no hospital do município de residência das usuárias do SUS, no último mês. Total – 64 procedimentos/abril/2021	≥ 80%	60	SIM 64 –100%	60
4	Implantação da assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva a) Serviço de esterilização (laqueadura e/ou vasectomia) cadastrado/habilitado e em funcionamento de acordo com a Lei Federal nº 9.263 de 12/01/96, Lei Estadual nº 2.497 de 31/07/02 e Portaria MS SAS nº 48 de 11/02/99; Considerar meta cumprida desde que o hospital habilitado comprove a produção de cirurgias, <u>no semestre</u>. b) não tendo o serviço implantado, mas se o hospital oficializou ao gestor municipal a solicitação para implantação de Métodos Definitivos de Contracepção – Saúde Sexual e Reprodutiva e se dispõe de instalações, equipamentos e pessoal cadastrado para garantir a oferta.	SIM a) = 40 b) = 10	40	PARCIAL a) = 00 b) = 10	10
5	Percentual de cirurgias de caráter eletivo realizadas no hospital do município de residência dos usuários do SUS, no último MÊS Considerar meta cumprida desde que, no último mês, o hospital avaliado realize 60% ou mais da quantidade de cirurgias eletivas de usuários do SUS, residentes no município em que se localiza o hospital em avaliação. ABRIL/2021 – 9 CIRURGIAS ELETIVAS	<u>SIM</u> Se realizar: ≥ 60% = 70 De 30 a 59% = 40 De 10 a 29% = 20	70	<u>SIM</u>	70
6	Percentual de cumprimento das internações pediátricas conveniadas, no último mês CONVÊNIO: 23 INTERNAÇÕES	≥ 90%	70	<u>SIM</u> 23 = 100%	70
7	Implantação do Protocolo de Segurança do Paciente.	Sim	50	SIM	50
8	Participação na Política de Atenção às Urgências e Emergências - verificar, conforme determina a Portaria GM nº. 2.048, de 05/11/2002: a) o acolhimento com classificação de risco; b) a implantação de protocolos clínicos para as quatro patologias mais prevalentes em urgência e emergência; c) existência de médico e enfermeiro 24 horas no Hospital.	SIM a) = 30 b) = 20 c) = 20	70	a) <u>SIM</u> b) <u>SIM</u> c) <u>SIM</u>	70

9	Participação na Política de Saúde da Criança e da Mulher, conforme orientação da SES - verificar:	SIM			
	a) implantação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conforme orientação da SES/MS (normas e rotinas escritas e reunião anual de trabalho para capacitação da equipe: apresentar registro com tema, data, horário, assinatura dos participantes e coordenador);	a) = 10		a) <u>SIM</u>	
	b) alojamento conjunto, conforme determina a Portaria MS SAS nº. 96 de 14/06/94 e Portaria n.º 1.016 de 26/08/93;	b) = 10	50	b) <u>SIM</u>	50
	c) manejo das situações de abortamento, garantindo espaço protegido para as mulheres durante a internação. Aferição: Visita in loco;	c) = 10		c) <u>SIM</u>	
	d) assegurar a alta hospitalar responsável, por meio do encaminhamento, por escrito, das crianças com desidratação, distúrbios nutricionais, infecção respiratória aguda, vacinas em atraso e portadoras de deficiência para a Unidade Básica de Saúde e, se necessário, para unidades especializadas;	d) = 10		d) <u>SIM</u>	
	e) assegurar a alta hospitalar responsável, por meio do encaminhamento por escrito (em formulário padronizado), das mulheres para as UBS, para: 1. consulta puerperal na Unidade Básica de referência da paciente 2. realizar o exame preventivo do câncer de colo uterino e exame clínico das mamas; 3. realizar as vacinas dupla viral (contra rubéola e caxumba), dupla adulto (contra tétano e difteria) e contra febre amarela, conforme preconiza o Manual do Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde; 4. participar das atividades no programa de saúde reprodutiva e/ou Vigilância Alimentar e Nutricional e Controle do Tabagismo; 5. acompanhamento no Programa de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; 6. atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	e) = 10		e) <u>SIM</u>	
Pontuação das metas do eixo de assistência à saúde			490		410

METAS DO EIXO DE GESTÃO					
Nº	Indicadores e Serviços	Metas	Pontuação	Cumprimento das Metas	Pontuação Atingida
10	Cadastro do Hospital atualizado no SCNES quanto aos itens:	a) = 5 b) = 5		a) <u>SIM</u> b) <u>SIM</u>	

	a) profissionais; b) serviços cadastrados; c) instalações físicas para assistência (urgência, ambulatório, centro cirúrgico e hospital); d) equipamentos. Considerar pontuação máxima (20) se for constatada a atualização completa dos dados no SCNES em relação à situação observada in loco, quanto aos quatro itens especificados.	c) = 5 d) = 5	20	c) SIM d) SIM	20
11	Taxa de Ocupação Hospitalar Objetivo: Avaliar a ocupação dos leitos e o ajuste dos mesmos ao quantitativo e perfil das internações conveniadas. Ou, quando o Hospital não atingir a taxa de ocupação igual ou maior que 80%, considerar a pontuação máxima (60 pontos) desde que a instituição cumpra 90% ou mais da quantidade de internações conveniadas em cada uma das clínicas básicas: clínica médica, obstétrica, pediátrica e cirúrgica, no mês avaliado. TOH = 46%	$\geq 80\%$ Se apresentar: $<30\% = 0$ $\geq 30\% \text{ a } <60 = 20$ $\geq 60\% \text{ a } <80 = 40$ $\geq 80\% = 60$	60	PARCIAL CIRURGIA – = 50 % OBSTETRICIA – 121 % CLÍNICA MÉDICA – 137% PEDIATRIA – = 100 %	20
12	Participação na Política de Regulação de Acesso – verificar: a) preenchimento da planilha mensal de encaminhamento de pacientes; (b) se o impresso Solicitação de Assistência Médica Referenciada, padronizado pela Central de Regulação, consta em prontuário do usuário encaminhado; c) divulgação interna e à SMS, semestralmente, do relatório de monitoramento mensal da: - quantidade de solicitações de encaminhamento inter-hospitalar de urgência e emergência autorizadas e não autorizadas pela CERA, com respectivo procedimento solicitado total=43; autorizado.....29 = 67,% - percentual geral de pacientes internados, encaminhados e com solicitação de encaminhamento não autorizadas ...14 = 33%	SIM a) = 10 b) = 10 c) = 10	30	SIM a) <u>SIM</u> b) <u>SIM</u> c) <u>SIM</u>	30

13	Encaminhamento trimestral à AUDITORIA MUNICIPAL de cópia dos seguintes documentos do sistema contábil-financeiro: a) Balancete contábil (contas patrimoniais e de resultado); b) Razão contábil das seguintes contas de receita: 1) prestação de serviços ao SUS; 2) convênios com a Saúde Suplementar; 3) Plano de Saúde próprio da Instituição; 4) atendimento particular; 5) Subvenções econômicas com o Estado e Município; c) Razão contábil das contas de despesas: 1) pessoal; 2) encargos e tributos; 3) honorários médicos; 4) despesas financeiras; 5) materiais hospitalares e medicamentos e 6) prestadores de serviços.	a) = 20 b) =20 c) =20	60	SIM a) = 20 b) =20 c) = 20	60																												
14	Funcionamento das Comissões Hospitalares: a) Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIH) – verificar a existência dos seguintes critérios: a.1- reuniões da CCIH, comprovada por meio da apresentação de regimento interno e atas bimestrais; a.2- implantação de protocolos escritos sobre limpeza, desinfecção e esterilização; a.3- capacitação semestral aos funcionários sobre prevenção e controle de infecções; CAPACITAÇÕES SOBRE INFECÇÃO HOSPITALAR <table border="1"> <tr> <td>NOV</td> <td>DEZ</td> <td>JAN</td> <td>FEV</td> <td>MAR</td> <td>ABR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>36</td> <td>21</td> <td>21</td> <td>45</td> <td>57</td> <td>57</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td>146</td> <td>149</td> <td>139</td> <td>148</td> <td>160</td> <td>TF</td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>31</td> <td>31</td> <td>62</td> <td>84</td> <td>91</td> <td>PRES</td> </tr> </table> TF=Total de funcionários PRES=presentes a.4- vigilância das infecções hospitalares de sítio cirúrgico (rotina implantada para busca ativa de sinais sugestivos de infecção em pacientes que fizeram cirurgias e cesarianas, registro e notificação à Vigilância Sanitária). b) Comissão de Análise de Prontuários (constituição/regimento interno, atas das reuniões/periodicidade e recomendações à instituição)	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR		36	21	21	45	57	57	%	140	146	149	139	148	160	TF	51	31	31	62	84	91	PRES	SIM a.1 = 5 a.2 = 5 a.3 = 5 a.4 = 5 b) = 20	40	PARCIAL a.1)= 5 a.2) = 5 a.3) <u>NÃO</u> 57% a-4) = 5 b) SIM	35
NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR																												
36	21	21	45	57	57	%																											
140	146	149	139	148	160	TF																											
51	31	31	62	84	91	PRES																											
15	Mecanismos de Participação Social - verificar: a) placa, fixada em local visível (na Recepção da Unidade Hospitalar), informando o telefone																																

	da Ouvidoria do SUS; b) existência de outros meios de divulgação (interna e externa) das atividades realizadas pelo hospital. Por exemplo: programa de rádio, jornal, internet, audiência pública e relatórios informativos sobre o cumprimento das metas contratualizadas, por quadrimestre (fixados no mural do hospital), dentre outros.	SIM a) = 10 b) = 10	20	SIM a) = 10 b) = 10	20																												
16	Existência de e/ou participação em Programa de Capacitação, Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos - verificar o percentual de pessoal capacitado, no último semestre, incluindo a qualificação em Boas Práticas em Parto e Nascimento. CAPACITAÇÕES GERAIS <table> <tr> <td>NOV</td> <td>DEZ</td> <td>JAN</td> <td>FEV</td> <td>MAR</td> <td>ABR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td>77</td> <td>73</td> <td>83</td> <td>84</td> <td>81</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td>146</td> <td>149</td> <td>139</td> <td>148</td> <td>160</td> <td>TF</td> </tr> <tr> <td>112</td> <td>113</td> <td>109</td> <td>115</td> <td>125</td> <td>130</td> <td>PRES</td> </tr> </table> TF=total de funcionários – PRES=presentes Observação: a capacitação poderá ser interna, desenvolvida pela Direção Hospitalar, ou externa, quando realizada por outras instituições, desde que apresente comprovante.	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR		80	77	73	83	84	81	%	140	146	149	139	148	160	TF	112	113	109	115	125	130	PRES	≥ 70% de funcionários	70	SIM 81%	70
NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR																												
80	77	73	83	84	81	%																											
140	146	149	139	148	160	TF																											
112	113	109	115	125	130	PRES																											
Pontuação das metas do eixo de gestão			300		255																												

METAS DO EIXO DE AVALIAÇÃO					
Nº	Indicadores e Serviços	Metas	Pontuação	Cumprimento das Metas	Pontuação Atingida
17	Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: semestral. DEZEMBRO 2019. Mantido a pesquisa referente mês Dezembro, não realizado pesquisa de satisfação do usuário devido a Pandemia COVID-19. Obs.: Incluir, nos hospitais que realizam partos, cerca de 20% de parturientes dentre os entrevistados.	Avaliação positiva ≥ 80%	30	SIM 93,52 %	30
18	a) Avaliação da satisfação dos colaboradores - realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: semestral. DEZEMBRO 2019. Mantido a pesquisa referente mês Dezembro, não realizado pesquisa de satisfação do colaborador devido a			SIM	

	Pandemia COVID-19. Nº. de entrevistas: mínimo de 50% dos trabalhadores presentes no hospital, no dia da visita técnica. Conduta para entrevista: os Instrumentos serão entregues pela equipe de Auditoria diretamente aos colaboradores. b) Implantação da gestão participativa (dirigentes e trabalhadores) Fonte: registro de reunião semestral entre a Direção Administrativa e colaboradores para apresentação do Relatório de Visita Técnica, elaborado pela Auditoria Municipal, bem como para definição de atribuições e responsabilidades por serviço hospitalar e/ou profissional, visando o cumprimento das metas conveniadas. <table border="1"> <tr> <th colspan="7">REUNIÃO DE GESTÃO</th> </tr> <tr> <th>NOV</th> <th>DEZ</th> <th>JAN</th> <th>FEV</th> <th>MR</th> <th>ABR</th> <th>TOT</th> </tr> <tr> <td>87</td> <td>88</td> <td>89</td> <td>88</td> <td>86</td> <td>84</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td>146</td> <td>149</td> <td>139</td> <td>148</td> <td>160</td> <td>TF</td> </tr> <tr> <td>123</td> <td>128</td> <td>132</td> <td>121</td> <td>127</td> <td>135</td> <td>PRES</td> </tr> </table> Obs.: A Direção Administrativa poderá realizar uma ou mais reuniões no semestre, desde que contemple 80% ou mais dos colaboradores da instituição.	REUNIÃO DE GESTÃO							NOV	DEZ	JAN	FEV	MR	ABR	TOT	87	88	89	88	86	84	%	140	146	149	139	148	160	TF	123	128	132	121	127	135	PRES	a) Avaliação positiva ≥ 80% = 15 b) ≥80% = 15 ≥70 <80=10 ≥60 <70= 5	30	a) 85,28% a) 84%	30
REUNIÃO DE GESTÃO																																								
NOV	DEZ	JAN	FEV	MR	ABR	TOT																																		
87	88	89	88	86	84	%																																		
140	146	149	139	148	160	TF																																		
123	128	132	121	127	135	PRES																																		
19	Apresentação de planilha mensal referente à análise das demandas depositadas em caixa de sugestões, questionário para registro de sugestões/reclamações e/ou outros mecanismos de atendimento ao usuário, com as respectivas providências adotadas pela Direção Hospitalar.	SIM	80	<u>SIM</u>	80																																			
20	a) Apresentação trimestral ao Conselho Municipal de Saúde de relatório sobre o cumprimento das metas conveniadas (verificar a ata das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, lista de presença e relatório elaborado).Apresentado em 18/03/2021 – Competência: OUTUBRO A DEZEMBRO 2020 O relatório deverá contemplar a produção hospitalar (metas quantitativas) e atividades realizadas referentes ao cumprimento das metas qualitativas. Nos municípios onde os Conselhos de Saúde não são atuantes, a equipe de Auditoria deverá oficializar a SMS. b) Participação de Representante do hospital nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (verificar as atas do CMS e lista de presença).	SIM a = 30 b= 30	60	<u>SIM</u> a = 30 b = 30	60																																			

21	Implantação de Comitê de Mortalidade. Comprovar o funcionamento através de Regimento Interno e Atas das reuniões mensais	Sim	10	NÃO	00
Pontuação das metas do eixo de avaliação			210		200
TOTAL			1000		865

O valor definido ao cumprimento das metas qualitativas será disponibilizado ao HOSPITAL, de acordo com a análise do cumprimento dessas, constante nos Relatórios de Visita Técnica, emitidos pelo componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, por faixas de desempenho:

1 FAIXA DE DESEMPENHO (PONTUAÇÃO)	2 PERCENTUAL DO TOTAL DOS RECURSOS
DE 0 A 50 PONTOS	0
DE 51 A 200 PONTOS	20%
DE 201 A 400 PONTOS	40%
DE 401 A 600 PONTOS	60%
DE 601 A 800 PONTOS	80%
DE 801 A 1000 PONTOS	100%

9. CONSTATAÇÕES / RECOMENDAÇÕES (ao Hospital Soriano Corrêa da Silva)

Constatação: Na meta 2, “Redução da taxa de cesariana” não foi cumprida. A redução foi ZERO. A taxa de março/2021 foi de 31% e a de abril/2021 31%.

Recomendação: A Secretaria Municipal de Saúde deve programar atividades internas que visem a melhoria do atendimento ao pré-natal nas unidades básicas, estreitando as relações profissionais entre os médicos que realizam os partos e os que atuam na rede de atenção básica, para atingir o parâmetro conveniado.

Constatação: Não cumpriu a meta 4 “item a” “Serviço de esterilização”. A instituição não apresentou produção de cirurgias de laqueadura ou Vasectomia, no semestre novembro de 2020 a abril de 2021, porém justificadas, diante do período da pandemia COVID-19, estavam

proibidas as cirurgias eletivas, levadas em consideração pela comissão. No entanto, a instituição atendeu a sub meta b, pois o Hospital possui o serviço implantado, por este motivo, faz jus a 10 pontos. Registramos aqui, que as cirurgias eletivas, também, suspensas neste período da referida pandemia.

Constatação: Cumpriu parcialmente a meta “Taxa de Ocupação Hospitalar”, que foi de 46%. E pelo segundo critério, ou seja, atingir 90% de internação em todas as clínicas, também não foi conseguido. A Clínica Cirúrgica atingiu 50%, na Clínica Obstétrica 121%, Clínica médica 137% e Clínica Pediátrica, 100%. Por esse motivo, prevalece a taxa de ocupação de 46%, que pela faixa de pontuação, maior ou igual a 30% e menor do que 60%, dá direito a 20 pontos. Importante fique, aqui, registrado o fato de que a meta não foi atingida devido a diminuição das cirurgias em decorrência do COVID-19, o qual se prezou pela segurança dos pacientes e equipe hospitalar.

Constatação: Meta 14 – item a3- “Capacitação semestral aos funcionários sobre prevenção e controle de infecções”. Não foi cumprida, pois foram capacitados 57% dos funcionários, não atingindo a meta mínima de 70%. Foram capacitados 91 funcionários de um total de 160.

Recomendação: A Direção do Hospital deve garantir que sejam realizadas, por ocasião das reuniões mensais, capacitação com o tema “Prevenção e controle de infecções”, apoderando os funcionários de informações, para que os mesmos possam contribuir na melhoria da qualidade do ambiente hospitalar.

Constatação: Meta 21. “Implantação de Comitê de Mortalidade”. Não foi apresentado o Regimento Interno nem atas de reuniões que comprovem a criação do Comitê de Mortalidade.

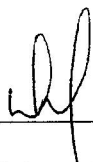
Recomendação: A Direção do Hospital deve nomear uma comissão ou um responsável pela implantação do Comitê de Mortalidade bem como elaboração do Regimento Interno do mesmo.




CONCLUSÃO

No que se refere ao cumprimento das metas qualitativas conveniadas, o Hospital obteve um total 865 pontos. Deste modo, determinou-se o repasse de 100%, referente aos 50% do valor pré-fixado, do incentivo previsto na Cláusula Sétima, inciso II, do Termo de Convênio.

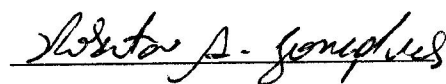
Maracaju, 10 de junho de 2021.



Dóris Eliziane Canci

Auditora/SMS

COREN/MS 197300



Roberta Araujo Gonçalves

Auditora/SMS

COREM/MS 94631