

INTRODUÇÃO

O presente relatório trata da verificação do cumprimento das metas qualitativas constantes no convênio de nº 004/2021, processo administrativo nº 1.600/2021, 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 2021. Foram avaliados os indicadores de atenção hospitalar da competência **JUNHO A AGOSTO/2021** presentes no referido Termo de Convênio, conforme consta no quadro em anexo. Os trabalhos de coleta de dados foram realizados nos meses de SETEMBRO E OUTUBRO/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: **JUNHO A AGOSTO/2021**.

METAS DO EIXO DA ASSISTÊNCIA					
Nº	Indicadores	Metas	Pontuação	Cumprimento das Metas	Pontuação Atingida
1	Taxa de Média de Permanência: Soma dos dias de permanência de todas as AIH aprovadas (número de pacientes-dia), no <u>trimestre em análise</u> dividido pelo total de AIH aprovadas no mesmo período. Fonte: SIHD	2 a 2,9 dias = 30 Ou 3 a 3,9 dias = 60 4 ou + dias = 100	100	SIM parcialmente JUN/AGO 2021 2.896/776 3,73	60
2	Taxa de mortalidade institucional: Número de óbitos ocorridos após 24 horas de internação, no trimestre em análise dividido pelo número de saídas de usuários no mesmo período. (soma de usuário que receberam alta hospitalar, que foram transferidos ou que evoluíram para óbito) Fonte: SIHD	HFSUS <= 3,5%	100	NÃO 5,8% 37/635	00
3	Maternidade: a) Contato Imediato pele a pele na 1ª hora de vida. b) Aleitamento materno na 1ª hora de Vida. Obs: Entrevista por amostragem no mínimo 30	a) > 90% = 50 89 a 50% = 25 Abaixo 49% = zero b) >90% = 50	100	a) SIM=50 b) SIM=50	100

	% das parturientes (instrumento específico para avaliação). Considerar a pontuação quando obter 90% do subitem "a" e do subitem "b".	89 a 50% = 25 Abaixo 49% = zero			
4	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 três linhas de cuidados prioritárias em urgência e emergência; c) existência de médico e enfermeiro 24 horas no Hospital.	SIM a) = 40 b) = 35 c) = 35	110	SIM a) = 40 b) = 35 c) = 35	110
Pontuação das metas do Eixo da Assistência			410		270

METAS DO EIXO DE GESTÃO					
Nº	Indicadores e Serviços	Metas	Pontuação	Cumprimento das Metas	Pontuação Atingida
5	Taxa de Ocupação Hospitalar: O TOH é igual ao número de dias permanência dividido por (número de leitos (CNES) multiplicado pelo número de dias do <u>(mensal em análise)</u>).	≥ 80% = 100 Se apresentar: 79 a 60% = 60 59 a 30% = 30 Abaixo 29% = 0	100	<u>SIM</u> <u>parcialmente</u> <u>JUN A AGO</u> <u>2021</u> <u>68%</u>	60
6	Segurança do Paciente: a) documento de criação do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP e constituição da respectiva equipe. (5 pontos); b) cadastro do NSP no site da ANVISA – NOTIVISA (20 pontos); c) Regimento Interno do NSP (5 pontos); d) Plano de Segurança do Hospital (25 pontos); e) atas das reuniões realizadas, de acordo com a periodicidade estabelecida em Regimento Interno (10 pontos);	SIM a) = 05 b) = 20 c) = 05 d) = 25 e) = 10	100	a) = SIM b) = SIM c) = SIM d) = SIM e) = SIM	90

	f) implantar no mínimo 02 (dois) Protocolos de Segurança por semestre, implantado de acordo com a RDC nº 36/2013 (25 pontos); g)Notificação de eventos adversos no sistema NOTIVISA (pelo menos um evento por mês). (10 pontos) Obs: o Plano de Segurança do Paciente deverá ser revisado anualmente.	f) = 25 g) = 10		f) = SIM g) = NÃO																																				
7	Existência de e/ou participação em Programa de Capacitação, Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos - verificar o percentual de pessoal capacitado, <u>no trimestre em análise</u>. Observação: a capacitação poderá ser interna, desenvolvida pela Direção Hospitalar, ou externa, quando realizada por outras instituições, desde que apresente comprovação e deverá abranger todos os setores/ações realizadas pela unidade de saúde. <table><tr><th colspan="7">REUNIÃO DE CAPACITAÇÃO</th></tr><tr><td>JUN</td><td>JUL</td><td>AGO</td><td></td><td></td><td></td><td>TOT</td></tr><tr><td>44,3</td><td>59,1</td><td>67,6</td><td></td><td></td><td></td><td>%</td></tr><tr><td>174</td><td>171</td><td>170</td><td></td><td></td><td></td><td>TF</td></tr><tr><td>77</td><td>101</td><td>115</td><td></td><td></td><td></td><td>PRES</td></tr></table> TF=TOTAL DE FUNCIONÁRIOS PRES= FUNCIONÁRIOS PRESENTES NA CAPACITAÇÃO	REUNIÃO DE CAPACITAÇÃO							JUN	JUL	AGO				TOT	44,3	59,1	67,6				%	174	171	170				TF	77	101	115				PRES	Se apresentar: 0 a 20%=zero 21 a 35% = 40 36 a 50% = 60 51 a 70% =90 Acima de 70 = 110	110	SIM Parcialmente 67,6%	90
REUNIÃO DE CAPACITAÇÃO																																								
JUN	JUL	AGO				TOT																																		
44,3	59,1	67,6				%																																		
174	171	170				TF																																		
77	101	115				PRES																																		

8	Cadastro do Hospital atualizado no SCNES quanto aos itens: a) profissionais; b) serviços cadastrados; c) instalações físicas para assistência (urgência, ambulatório, centro cirúrgico e hospital); d) equipamentos.	a) 10 b) 10 c) 10 d) 10	40	a) <u>Sim</u> b) <u>Sim</u> c) <u>Sim</u> d) <u>sim</u>	40
9	Oferta de informações à SMS em tempo hábil com dados atualizados e fidedignos conforme pactuação previa (ofício/notificação de TC para pagamento)	100% = 20 < 100% = zero	20	SIM	20
Pontuação das metas do Eixo de Gestão			370		300

METAS DO EIXO DE AVALIAÇÃO																																								
Nº	Indicadores e Serviços	Metas	Pontuação	Cumpriment o das Metas	Pontuação Atingida																																			
10	Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: trimestral. Obs.: Incluir, nos hospitais que realizam partos, cerca de 20% de parturientes dentre os entrevistados.	Avaliação (+) ≥ 80% 79 a 60% = 90 59 a 40 = 60 < 39 = zero	110	SIM 93,52%	110																																			
11	a) Avaliação da satisfação dos colaboradores - realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: trimestral. 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"> <thead> <tr> <th colspan="7">REUNIÃO DE GESTÃO</th> </tr> <tr> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAI</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>TOT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>85%</td> <td>83%</td> <td>81</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>174</td> <td>171</td> <td>170</td> <td>TF</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>148</td> <td>142</td> <td>138</td> <td>PRES</td> </tr> </tbody> </table> TF=TOTAL DE FUNCIONÁRIOS PRES= FUNCIONÁRIOS PRESENTES NA CAPACITAÇÃO 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							MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	TOT				85%	83%	81	%				174	171	170	TF				148	142	138	PRES	a) Avaliação positiva ≥ 80% = 60 b) ≥80% = 50 ≥60 <79=25 <59= Zero	110	SIM a) 85,28% SIM b) 81%	110
REUNIÃO DE GESTÃO																																								
MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	TOT																																		
			85%	83%	81	%																																		
			174	171	170	TF																																		
			148	142	138	PRES																																		
Pontuação das metas do eixo de avaliação			220		220																																			
TOTAL			1000		790																																			

O valor definido ao cumprimento das metas qualitativas será disponibilizado ao HOSPITAL, de acordo com a análise do cumprimento das mesmas, 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 200 PONTOS	20
DE 201 A 300 PONTOS	30
DE 301 A 400 PONTOS	40
DE 401 A 500 PONTOS	50
DE 501 A 600 PONTOS	60
DE 601 A 700 PONTOS	70
DE 701 A 800 PONTOS	80
DE 801 A 1.000 PONTOS	100

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

CONSTATAÇÃO: Na meta 1 “Taxa de Média de Permanência”, foi apurado um total de 776 pacientes e que permaneceram por 2.896 dias na internados, resultando numa taxa de 3,73.

RECOMENDAÇÃO: Seguir as normatizações constantes na Portaria MS GM nº 1.044 de 01 de junho de 2004; Portaria MS GM nº 3123, de 07 de dezembro de 2006 e Resolução nº 790/SES/MS/07

CONSTATAÇÃO: Na meta 2 “Taxa de mortalidade institucional”, no trimestre foram constatados 37 óbitos após 24 horas de internação e 635 pacientes receberam alta hospitalar no período.

RECOMENDAÇÃO: Observar o conteúdo da Portaria SAS nº 312, de 30/04/2002

CONSTATAÇÃO: Na meta 5 “Taxa de Ocupação Hospitalar”, foi constatado que os pacientes utilizaram as dependências do hospital, em internação, por 2.896 dias e que no trimestre a

soma dos dias totalizam 92 que multiplicado pelo nº de leitos cadastrados (46), resulta em 4.232 (leito/dia). A taxa de ocupação resulta da divisão do nº de permanência pelo nº de leitos/dia e que dá uma taxa de 0,68 ou 68%.

RECOMENDAÇÃO: Observar a portaria de nº 2.395, de 11 outubro de 2011.

CONSTATAÇÃO: Meta 6 “Segurança do Paciente”, A instituição não atendeu o item g) Notificação de eventos adversos no sistema NOTIVISA (pelo menos um evento por mês).

Evidencia: O hospital não comprovou a notificação de eventos adversos no sistema NOTIVISA, em conformidade ao artigo 10 da RDC n 36/2013. Não pontuando neste item.

RECOMENDAÇÃO: Implementar e estabelecer rotina de notificação de incidentes/evento adversos relacionados à assistência a saúde emitidos pelo sistema NOTIVISA.

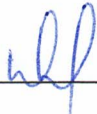
CONSTATAÇÃO: Meta 7 “Existência de e/ou participação em Programa de Capacitação, Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos” A instituição não atendeu plenamente a meta, pois 67,7% dos funcionários foram capacitados no trimestre, sendo necessários que 70% ou mais tenham algum tipo de capacitação. Houve uma perda de 20 pontos nessa meta.

RECOMENDAÇÃO: Seguir a portaria MS GM nº 399/2006; Portaria MS GM nº 1044/2004, Portaria MS GM nº 2.123; Resolução nº 790/SES/MS/07 e Política Nacional de Humanização.

CONCLUSÃO

No que se refere ao cumprimento das metas qualitativas conveniadas, o Hospital obteve um total 790 pontos. Deste modo, determinou-se o repasse de 80%, referente aos 40% do valor pré-fixado, do incentivo previsto na Cláusula Sétima, Item 7.2, inciso III, do Termo de Convênio.

Maracaju, 23 de fevereiro de 2022.



Dóris Eliziane Canci

Auditora/SMS

COREN/MS 197300

Roberta Araujo Gonçalves

Auditora/SMS

COREM/MS 94631