

LISTA DE PRESEÇA

DATA: 15/10/2019

HORÁRIO: Início 14 h: 40 min - Término 16 h: 32 min

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL

PAUTA: REUNIÃO ORDINÁRIA DE AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTI-QUALITATIVAS DA **COMPETÊNCIA 08/2019**

Nº	NOME COMPLETO	ORGÃO/CARGO	E-MAIL	TELEFONE	ASS. ou RUBRICA
01	Denise B. Mendes de Almeida	Levocat/SMS		3616-9131	<i>[Signature]</i>
02	Daniella da C. Moraes	CMS	daniella_moraes@hotmail.com	99977-1517	<i>[Signature]</i>
03	Elaine A. A. Souza	Levad. Reg.		99692-0822	EM Souza
04	Joselyne Siqueira de Souza	SIH			Joselyne Siqueira
05	Milena M. Almeida	Coord. Cent. Anali.		3616-9112	<i>[Signature]</i>
06	Caroline E. de Moura	HG Histórica	carolinemoura@hg.hcuiabá.br	3363-7096	<i>[Signature]</i>
07	Sandra Regina dos Santos Costa	HG I Sup. de Opn.	sandramoraes.hg@hotmail.com	3363-7074	Sim Souta
08	Sandra Melina Menezes	HG I G. Adm	sandra.melinam@hg.hcuiabá.br	3363-7072	Sandra Menezes
09	Adriana P. S. Almeida	HG Advogado Jurídico	adriana@hg.hcuiabá.br	3363-7058	<i>[Signature]</i>
10	Daniela N. Almeida	Receita/SMS		3616-9131	<i>[Signature]</i>
11	Luciana Cristine	Inf. Téc. HG	luciana@hg.hcuiabá.br	981417878	Luciana
12	Jaysa R. R. Siqueira	SIH		3616-9101	<i>[Signature]</i>
13	Neeli Rodrigues de Siqueira	Ger. M. G. / SMS	neelirodrigues@gmail.com	99614-8789	<i>[Signature]</i>
14	Elaine M. G. P. Souza	SMS/SMS	elaine@hg.hcuiabá.br	994331512	Elaine M. G. P. Souza
15	Leila C. S. Soares	CMS	leila@hg.hcuiabá.br	99967-1666	<i>[Signature]</i>
16	José Pedro Fazio	SIH/SMS		99886-5192	<i>[Signature]</i>
17					



SECRETARIA
DE SAÚDE

COORDENADORIA ESPECIAL REDE ASSISTENCIAL DE CONTRATUALIZAÇÃO
Av. Ten. Cel. Duarte, 1.070 Bairro Centro Sul CEP: 78020-450 - Cuiabá - MT - Telefone: 3616-9131
Email: sms.contratuallizacao@cuibabá.mt.gov.br

ATA Nº08/2019 DE REUNIÃO ORDINÁRIA DE ACOMPANHAMENTO DA
CONTRATUALIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A
INFÂNCIA DE CUIABÁ - HOSPITAL GERAL

Aos 15 dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezanove, às 14h40min, APÓS
SUSPENSÃO DA REUNIÃO NO DIA 11/10/2019 a pedido da instituição visto que não foi
apresentados relatórios técnicos com antecedência (5 dias antes da reunião) para subsidiar
a reunião CPAC. Reuniram-se novamente os membros titulares e suplentes escolhidos dentre
seus pares dos segmentos da saúde para compor a Comissão Permanente de Acompanhamento
da Contratualização CPAC/SMS/Cuiabá nomeados conforme Portaria nº 091/SMS/2018, os
corresponsáveis dos setores envolvidos da Superintendência de Controle, Avaliação e
Regulação SMS/CUIABÁ, resultando as informações inscritas, na Coordenadoria Especial
Rede Assistencial de Contratualização/CPAC/SMS/Cuiabá, localizada sob o endereço no
rodapé. Após a dirigente Kenia B. Moraes de Arruda, iniciou a reunião, que teve como pauta a
Avaliação da Contratualização da Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Cuiabá
- Hospital Geral, referente a **COMPETÊNCIA 08/2019**, avaliado de acordo com o Documento
Descritivo/D.D. nº 004/2017, assinado em 03/10/2017. Vale ressaltar que foi constatado através
do diário oficial ano nº6 nº1246 publicado em 28 de novembro de 2017, divergência na data de
assinatura, tendo como data da publicação 31 de outubro de 2017. A metodologia para avaliação
do alcance das metas, será conforme metas do Convênio e definidas em
comum acordo com a Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratualização, sendo
assim serão ajustadas e pactuadas em Ata as ações adotadas para as futuras Competências.
Durante a avaliação das Metas Qualitativas e Quantitativas foram feitas as seguintes
considerações: Conforme documento encaminhado ao Hospital Geral o ofício nº 002/CPAC/SMS/2018,
sob a CI nº064/2018/SCAR/SMS de 24 de julho de 2018, que versa sobre a publicação em
Diário Oficial de Contas do Estado de Mato Grosso, nº 1399 de 17/07/2018, fls. 56/57, a Portaria
nº 121/GAB/SMS/2018 a qual DEFINE que todas as reuniões da Comissão Permanente de
Acompanhamento e Avaliação de Contratualização/CPAC/SMS, serão gravadas por instrumento
de áudio e/ou vídeo e, podendo ser liberadas para as partes interessadas, mediante solicitação,
aps período de 48 (quarenta e oito) horas. Informamos, portanto, que até a presente
competência não está sendo gravada, pois não foram disponibilizados os equipamentos
necessários, inviabilizando com isso o cumprimento da Portaria supracitada, iniciamos que
como de costume foi encaminhado ao Hospital Geral o ofício nº 131/CPAC/SMS/2019,
datado em 01 de outubro de 2019, informando o dia e hora da reunião CPAC. Considerando
mudanças ocorridas na composição dos membros CPAC/SMS, foi indicado via ofício
135/CPAC/SMS/2019 e 136/CPAC/SMS/2019 novos membros para comporem a comissão.-D.D.-
PÁGINA 43/ITEM 71/METAS QUANTITATIVAS: Item 01 - % de alcance de metas físicas
ambulatoriais de Média e Alta complexidade por subgrupo conforme estabelecidas no D.D. -
Parâmetro mínimo de 90% por subgrupo conforme Planilha Físico-Organizatória - Os
subgrupos: 0101 - 0201 - 0202 - 0302 - 0303 - 0401 - 0414 - 0701 e 0307 não foram
considerados por não ser regulados no SISREG/SMS. Foram regulados, validados e
aprovados o seguinte quantitativo na Competência: 1) 0101-^{83 meta} = 00; 2) 0201-^{8 meta} = 00; 3)
0202-^{10,530 meta} = 00; 4) 0204 (Diagnóstico por Radiologia)^{383 meta} = reguladas 361, validadas pela
Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 233/64,54%; 5) 0205 (Diagnóstico por
Ultrassonografia)^{210 meta} = reguladas 182, validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada
pelo SIA/SMS = 102/56,04%; 6) 0209 (diagnóstico por Endoscopia)^{400 meta} = reguladas 442,
validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 210/47,51%; 7) 0211
(Métodos diagnósticos em especialidades)^{683 meta} = reguladas 299, validadas pela Supervisão
Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 214/71,57%; 8) 0301
(Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos)^{780 meta} = não regulado, validadas pela Supervisão
Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 812/104,10%; 9) 0302-^{460 meta} = 00; 10) 0303-^{60 meta}
= 00; 11) 0307 (Tratamento Odontológicos)^{47 meta} = reguladas, validadas pela Supervisão



Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 12) 0401-02 meta = 00; 13) 0405 (Cirurgia do aparelho da visão) ^{55 meta} = reguladas 24, validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 13/54,16%; 14) 0410-1 meta = 00; 15) 0414-13 meta = 00; 16) 0701-1 meta = 00. Meta atingida em 01 subgrupo, não pontuando neste indicador, conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SMS de 11 de outubro de 2019. Sandra Maria representante do hospital, solicita ponderação em virtude do procedimento (0307 - Tratamento Odontológico) que não são regulados, pois pertence a atenção básica e são de demanda espontânea. Observações do relatório: o subgrupo 0205 de acordo com o indicador consta ecocardiográfica transstoráca e USG Doppler colorido de vasos. Retificação da Página 43 do instrumento Convênio Assistencial nº 004/2017. Vale ressaltar que foi constatado através do diário oficial ano nº 1246 publicado em 28 de novembro de 2017 (anexo), divergência na data de assinatura, tendo como data da publicação 31 de outubro de 2017. Item 01 - NA COLUNA DE INDICADORES A SEREM MONITORADOS, ONDE SE LE: % de alcance de metas físicas ambulatoriais de Média e Alta complexidade por subgrupo conforme estabelecidas no Documento Descritivo. LEIA-SE: % de alcance das metas físicas ambulatoriais de média e alta complexidade, financiamento MAC, por subgrupo conforme estabelecidas no Documento Descritivo. LEIA-SE: % de alcance das metas físicas de consultas médicas ambulatoriais de primeira vez e subsequentes estabelecidas nas especialidades pactuadas e conforme preconizado nas Portarias de Habilitação - Parâmetro Maior ou 90% por especialidades - 1) Cardiologia/267 meta - reguladas pelo SIREG 240 - apresentada 495 - registradas 495 e produção aprovadas/validadas 202(84,16%) - 2) Vascular/100 meta - reguladas pelo SIREG 92 - apresentada 86 - registradas 87 e aprovadas/validadas 47(51,08%) - 3) Neurologia/500 meta - reguladas pelo SIREG 286 - apresentada 346 registradas 348 e aprovada/validadas 197(122,36%) 4) Oncologia/500 meta - reguladas pelo SIREG 433 - apresentada 235 registradas 236 e aprovadas 235(54,27%) Portanto, foram apresentadas pelo prestador 1162 consultas, sendo: registrada 1166 e validadas pela Supervisão Administrativa 770. Atingindo meta em 1 (uma) especialidade, pontuando 00 neste indicador. Conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SMS 11 de outubro de 2019. Considerando que o método de verificação do indicador é Relatório de procedimentos regulados e validados pela supervisão administrativa e supervisão oncológica do mês de Competência e disponibilidade de agenda; Considerando Parecer de Consultas/Procedimentos Regulados SIREG - Competência 08/2019 formulado pela Supervisão Administrativa tem os seguintes valores: 1. Cardiologia Procedimentos confirmados Primeira Vez e Autogestão 210 Total de consultas validadas pela

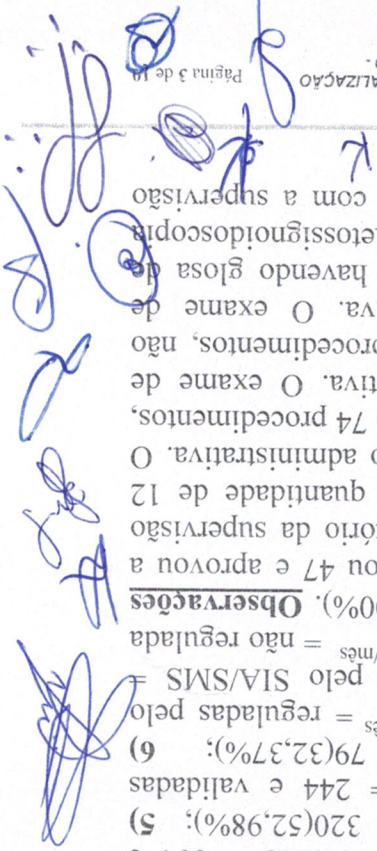
Handwritten signatures and initials in blue ink on the left margin.



103 Supervisão 202 perfazendo 96%; 2. Vascular: Procedimentos confirmados Primeira Vez e Autogestão 47 Total de consultas validadas pela Supervisão 47 perfazendo 100%; 3. Neurologia: Procedimentos confirmados Primeira Vez e Autogestão 206 Total de consultas validadas pela Supervisão 197 perfazendo 96%; 4. Oncologista: Procedimentos confirmados Primeira Vez e Autogestão 342 Total de consultas validadas pela Supervisão 235 perfazendo 69%. Sendo assim, o Hospital atinge meta em 03 especialidades, pontuando 07 pontos neste indicador. Daniela (CMS) questiona o por qual motivo a Central de Regulação vem regulando um quantitativo a menor que o pactuado. Elaine (Coord. Regulação) informa que foi regulado a menor devido o hospital não ter preenchido a porcentagem de autogestão e a própria central não ter demanda. Noeli (CRUE) informa que tentou fazer transferência da Paciente Kamila Fernandes Dias oriunda do hospital de Câncer para o hospital geral em que o mesmo negou atendimento para paciente de Neurocirurgia. Caroline Representante do hospital informa que o caso relatado acima se trata de um caso ocorrido no mês de Outubro/2019, sendo a avaliação referente a competência 08/2019 Sandra Lira informa ainda que havia apenas 02 (duas) vagas, para retaguarda ao pronto atendimento dos pacientes do SUS atendidos no hospital. Conforme Ofício 550/2019/DIR/HG foi pactuado entre Regulação e hospital uma grade compensatória em virtude das consultas oncológicas confirmadas no SISREG e não faturadas por estas comport os procedimentos de quimioterapias em relação aos exames de Holter realizados na competência 08/2019. Sendo assim o hospital pontua em sua totalidade 15 pontos neste indicador.

Retificação da Página 44 do Instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. NA COLUMNA DE PONTUAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS, ONDE SE LE: Meta atingida nas Oito Especialidades=15 LEIA-SE: Metas atingidas nas Quatro Especialidades =15, ONDE SE LE: De Quatro a Sete especialidades= 07, LEIA-SE: De Duas a Três Especialidades=07, ONDE SE LE: Abaixo de Quatro Especialidades=0, LEIA SE: Abaixo de duas especialidades. Item 03 – Percentual de alcance das metas físicas dos exames ambulatoriais estabelecidos: (Conforme Preconizados nas Portarias de Habilitação) – Parâmetro mínimo de 90%, sendo: 1) 0211020060/Teste de Esforço/Teste Ergométrico = reguladas pelo SISREG/SMS 80 e validadas Supervisão Administrativa e aprovadas pelo SIA/SMS 46 (57,50%); 2) 0211020044/Holter = reguladas pelo SISREG/SMS = 30 e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 12(40,00%); 3) 0205010024,0205010032/Ecocardiógrama = reguladas pelo SISREG/SMS = 132 e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 132 e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 74(56,06%); 4) 020501/Exames de Ultrassonografia = reguladas pelo SISREG/SMS = 244 e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 79(32,37%); 6) 0209010029/Colonoscopia = reguladas pelo SISREG/SMS = 240 pactuados/mês = reguladas pelo SISREG/SMS = 112 e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 85(75,89%); 7) 020301/ 020302 - Exames de Anatomia Patológica, = não regulada e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 00(0,000%).

do Relatório: Os exames de Teste de esforço/ Teste ergométrico apresentou 47 e aprovou a quantidade de 46 procedimentos, havendo 01 glosa de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de Holter 24 horas apresentou 14 e aprovou a quantidade de 12 procedimentos, havendo 02 glosas de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de Ecocardiografia transtorácica apresentou e aprovou a quantidade de 74 procedimentos, não havendo glosa de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de Ultrassonografia de Doppler colorido de vasos apresentou e aprovou 28 procedimentos, não havendo glosa de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de Esofagogastroduodenoscopia apresentou e aprovou 79 procedimentos, não havendo glosa de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de Retossigmoidoscopia apresentou e aprovando 13 procedimentos, não havendo glosas de acordo com a supervisão



154 administrativa. O Exame de Colonoscopia apresenta 73 procedimentos, aprovando 71
155 procedimentos, havendo 02 glosa de acordo com a supervisao administrativa. O exame
156 020301001-9 exame Citopatologico cervico-vaginal microriora nao apresentou producao conforme
157 relatorio anexo. Nao atingindo meta em nenhuma especialidade, pontuando 00 neste indicador
158 conforme relatorio apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliacao Ambulatorial e
159 Hospitalar/SIA/SIH/SMS de 11 de outubro de 2019. Retificacao da Pagina 44 instrumento
160 Contratual Convênio Assistencial nº 004/201. NA COLUNA DE MÉTODO DE
161 VERIFICACÃO, referente ao indicador Item 03: % de alcance das metas fisicas dos exames
162 ambulatoriais estabelecidos: (Conforme Preconizados nas Portarias de Habilitacao), ONDE SE
163 LF: Relatorio de producao Aprovada do mes de Competencia/SIA e disponibilidade de agenda.
164 LEIA-SE: Relatorio de producao Aprovada do mes de Competencia/ SIA. Considerando
165 Parecer Procedimentos/Exames Regulados Sisreg - Competencia: 08/2019 formulado pela
166 supervisao administrativa, temos os seguintes valores: (0211020060) Teste de Estorço/Teste
167 Ergométrico Índice de absenteísmo 41% producao aprovada 57,50%, pertazendo um total de
168 98,5%; (0211020044) Holter Índice de absenteísmo 47% producao aprovada 40,00%.
169 pertazendo um total de 87,00%; (0205010024),(0205010032) ecocardiograma Índice de
170 absenteísmo 48% producao aprovada 56,06%, pertazendo um total de 104,6%; (020501/020502)
171 Exames de Ultrassonografia Índice de absenteísmo 49% producao aprovada 52,98%,
172 pertazendo um total de 102,98%; (0209010037) endoscopia Índice de absenteísmo 68%
173 producao aprovada 32,37%, pertazendo um total de 100,37%; (0209010029) colonoscopia e
174 (0209010053) retossigmoidoscopia Índice de absenteísmo 55% producao aprovada 75,89%,
175 pertazendo um total de 130,89%. Sendo assim, o hospital atinge meta em 05 exames, pontuando
176 07 pontos. Conforme Oficio 550/2019/DIR/HG foi pactuado entre Regulacao e hospital uma
177 grade compensatoria em virtude das consultas oncologicas confirmadas no SISREG e nao
178 faturadas por estas compor os procedimentos de quimioterapias em relacao aos exames de Holter
179 realizados na competencia 08/2019. Sendo assim o hospital pontua em sua totalidade 15 pontos
180 neste indicador. Item 04 - % de alcance das metas fisicas hospitalares de média complexidade
181 por clinica estabelecidas no D.D. - Parametro minimo de 90% por clinica, sendo: 1)
182 Cirurgico/111 pacudos = realizados 136/122,52%; 2) Clinico/151 pacudos = realizados
183 105/69,54%;(Nos valores referentes a Especialidade Clinica do indicador são somados os valore
184 de leitos crônicos, nos quais foram internados pacientes cujos procedimentos são de Clinica
185 Médica.) 3) Pediatrico/50 pacudos = realizados 71/142%; 4) Obstétricos/262 pacudos = realizados
186 206/78,63%, atingindo meta apenas em 02 (duas) clinicas, pontuando 00 nesse indicador,
187 conforme relatorio apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliacao Ambulatorial e
188 Hospitalar/SIA/SIH/SMS 11 de outubro de 2019. Sandra Lira representante do hospital
189 solicita que seja contabilizado as clinicas medica e cirurgica em virtude de um paciente
190 migrar de uma clinica para outra. Conforme relatorio anexo apresentado pelo hospital
191 assinado pelo diretor do hospital e validado pelo medico supervisor da Secretaria
192 Municipal de Saude o hospital atinge meta nas 3 (tres) especialidades, e considerando a
193 obstetricia ser demanda espontanea, pontuando na sua totalidade 10 pontos neste
194 indicador. Item 05 - Taxa de ocupacao de leitos hospitalares por clinica - Parametro percentual
195 minimo por clinica - Pactuado 04 tipos de especialidades, sendo apresentados pelo hospital os
196 seguintes percentuais: Cirurgico minimo de 80% - apresentou 96,1%; Clinico minimo de 85% - apresentou
197 63,2%; Pediatrico minimo de 80% - apresentou 88,9% e Obstétrico minimo de 85% - apresentou 71,5%,
198 meta atingida em 02 (duas) especialidades, pontuando 00 neste indicador, conforme relatorio
199 apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliacao Ambulatorial e
200 Hospitalar/SIA/SIH/SMS 11 de outubro de 2019. Sandra Lira representante do hospital
201 solicita que seja contabilizado as clinica medica e cirurgica em virtude de um paciente
202 migrar de uma clinica para outra. Conforme relatorio anexo apresentado pelo hospital
203 assinado pelo diretor do hospital e validado pelo medico supervisor da Secretaria
204 Municipal de Saude o hospital atinge meta nas 3 (tres) especialidades, e considerando a

205 **obstetrícia ser demanda espontânea, pontuando em sua totalidade 10 pontos neste indicador. Item 06 - % de internação Clínica e Cirúrgica regulada (autorizada e realizada) conforme meta física contratualizada -- Parâmetro de 100%. -- De 828 internações pactuadas/ autorizadas, o hospital realizou 766 (92,5%) altas, no período compreendido entre 01/08/2019 até 31/08/2019, sendo assim **pontua 05 neste indicador**, conforme relatório apresentado pela SISREG/CER/SMS de 08 de outubro de 2019. Sandra Lira, representante do hospital solicita pontuação máxima em virtude da assistência onde apresentou 953 autorizações. Sandra Lira relata que segundo a contratualização estabelecida que o indicador deve ser avaliado pela média complexidade, no entanto o relatório da avaliação de regulagem não considerou nessa distinção. Assim considerando as altas hospitalares realizadas na competência 08/2019 (766) somadas aos pacientes que permaneceram internados em razão de necessidades assistenciais (169) totalizam 935 internações atingindo portanto a meta física pactuada. E ainda o teto financeiro contratualizado na média complexidade é de R\$685.377,64, e as internações processadas na média complexidade na competência 08/2019 importam R\$815.176,98 conforme relatório apresentado do Tabwin. Sendo assim cumpriu a meta física e financeira, razão pela qual solicita pontuação máxima. Pedro SISREG, valida este indicador na sua totalidade mediante entrega do levantamento detalhado das internações de média e de alta complexidade, caso este venha não atingir a meta, será solicitado a dedução do mesmo na próxima competência 09/2019. Sendo assim o hospital pontua em sua totalidade **15 pontos neste indicador. Retificação da Página 44 Instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. NA COLUNA DE INDICADORES A SEREM MONITORADOS, ONDE SE LE: % de internação clínica e cirúrgica regulada (autorizada e realizada) conforme meta física contratualizada. LEIA-SE: % de internação clínica e cirúrgica regulada (autorizada e realizada) conforme meta física contratualizada. LEIA-SE: % de internação clínica e cirúrgica regulada (autorizada e realizada) conforme meta física contratualizada. NA COLUNA DE PARÂMETROS, ONDE SE LE: 100%. LEIA-SE: Executar em até 30 dias as internações eletivas autorizadas. NA COLUNA DE MÉTODO DE VERIFICAÇÃO, ONDE SE LE: Relatório de produção da Central de Regulação (SISREG), obedecendo à competência de faturamento (de 1 a 30 de cada mês). LEIA-SE: Relatório nominal de alta dos pacientes encaminhados para processamento no SIH, compatível com relação nominal autorizada pelo SISREG. Item 07 - Disponibilização de 100% da agenda em consultas e exames pactuados para a central de regulagem até o 18º dia de cada mês, sendo 60% para demanda da Central e 40% para demanda interna do hospital. LEIA-SE: Disponibilização de 100% da agenda de procedimentos ambulatoriais pactuados para a central de regulagem até o 18º dia de cada mês, exceto os seguintes subgrupos: 0101: Educação em saúde, que compreende os seguintes procedimentos: 010102: Saúde Bucal, 010104: Alimentação e Nutrição; 0202 Diagnóstico em laboratório clínico, que compreende os seguintes procedimentos: 020301: citopatológicos, 021201: exames de doador e receptor, 021401: testes rápidos; 0301 Consultas/Acompanhamentos/Acompanhamentos, que compreende os seguintes procedimentos: 0301010048: consulta em atenção especializada, exceto médico; 0301010056: Consulta em saúde do trabalhador, 03010436: terapia em grupo; 030106: Consultas e atendimento em urgência, 030107: Atendimento/companhamento em reabilitação, 030110: administração de medicamentos em atenção especializada (atendimentos de enfermagem em geral), 030111 atendimento/companhamento de diagnóstico de doenças endócrinas/metabólicas e****



256 nutricionais, 0302 Fisioterapia – Assistência fisioterapêutica em alergias obstétricas, neonatais e uroginecológicas; 030302 Tratamentos clínicos (outras especialidades) – Pulsoterapia e outros tratamento de doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários, 030602 Hemoterapia – Transfusão (medicina Transfusional), 0307 Tratamento odontológicos – Dentística; 0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa, que compreende os seguintes procedimentos: 0401010015: curativo gran II, 0401020013: curetagem pós-abortamento e 0417010052: Anestesia regional, conforme CI Nº 071/2018/CR/SMS de 22 de fevereiro de 2018. Sendo 60% para demanda da Central e 40% para demanda interna do hospital. Pontuação total do grupo das Metas Qualitativas foi de 90 pontos. D.D-PÁGINA 46/ITEM 7.2/METAS QUALITATIVAS. Item 01 – Manter o Sistema Cadastro Nacional Estabelecimentos Saúde atualizado/SCNES (leitos, equipamentos, instalação física e RH) – Parâmetro de 100% atualizado em cada item. Em conformidade nos 4 itens. Sendo assim pontua 10 pontos neste indicador, conforme relatório do dia 03 de outubro de 2019. Item 02 – Apresentar o Censo diário de leitos a Coordenadoria de Controle e Avaliação/SMS – Parâmetro Informado durante todos os dias de mês até as 13h00min – Apresentou relatório mensal, pontuando 15 neste indicador, conforme relatório apresentado pela CRUE/CER/SMS, de 10 de outubro de 2019. Retificação da Página 46 do instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. 7.2 METAS QUALITATIVAS Item 02: NA COLUNA DE INDICADORES A SEREM MONITORADOS-ONDE SE LÊ: Apresentar o Censo diário de leitos a Coordenadoria de Controle e Avaliação/CCA/SMS. LEIA-SE: Apresentar o Censo diário de leitos a Coordenadoria de Regulação/CER/SMS. A supervisão administrativa não irá considerar para mensurar o absenteísmo os procedimentos que foram permitidos a realização fora do período de autorização SISREG, sendo validados só pra faturamento nas competências 6 e 7. A urgência irá validar os senso enviados, se estiverem fidedigno com o que se apresentarem nos leitos, a supervisão estará fazendo relatórios diários de inconsistências, contendo nome do paciente, leito, clínica. Item 03 - Tempo médio de permanência de leitos hospitalares por clínica. Parâmetro – Cirúrgico até 4,8 dias (5,5), Clínico até 8 dias (9,9) , Pediatríco até 4,2 dias (5,4), Obstétricos até 2,8 dias (3,0), não pontuando neste indicador, conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS de 11 de outubro de 2019. Conforme acordo feito em reunião ordinária de acompanhamento da Contratação do Hospital Geral do dia 09/07/2019 na competência 05/2019, os parâmetros a serem considerados serão Estudo de repactuação em anexo, o qual se baseou na série histórica do hospital no período de junho/2017 a maio/2018 e os parâmetros atuais. Portanto, apresentou – se o que se segue: cirúrgicos de 4,8 dias até 6,8; Clínica médica de 8,0 dias até 9,0; Clínica Pediatríca de 3,7 dias até 4,2 e obstétrica de 2,8 dias até 3,3. Considerando Relatório de justificativa de permanência pediátrica referente à Competência 08/2019 formulado pelo hospital, assinado e validado pelo Dr. Edson Anchieta e Dra. Rosa Alice Muniz, médicos supervisores da Coordenadoria de Controle Avaliação e Ambulatorial e hospitalar, com as devidas observações, desconutando os pacientes constantes no referido relatório o hospital atingiu a seguinte meta: 1- 4,2; 2- 6,1; 3- 5,2 e 4 – 3,0. Sendo assim o hospital atingi meta em 3 (três) especialidades pontuando 07 nesse indicador. O hospital informa que vem cumprindo alem do quantitativo pactuado na clinica pediátrica que é de 50 internações, nesta competência foram realizadas 72 internações, atingindo o percentual de 147%. Item 04 - Tempo médio de realização do procedimento ambulatorial e hospitalar regulado, a contar da data de encaminhamento pela Central de Regulação ao Hospital e de acordo com o limite físico pactuado. O hospital apresentou 11 (onze) dias, pontuando 15 neste indicador, conforme relatório apresentado pelo SISREG/CER/SMS, de 10 de setembro de 2019. Item 05 - Número mensal de recusas para procedimentos hospitalares estabelecidos na pactuação - Parâmetro nenhuma recusa – Observações padronizadas: Padronizado/normatizado pela Coordenadoria de Central de Regulação/CER/SMS, desde Competência Maio/2018 (desacordo com a CI Nº108/2018/CR/SMS), a justificativa plausível e comprovando dentro do D.D.





307 será: Falta de exames, deverá vir relatada a Coordenadoria de Regulação/CER/SMS, quais
308 exames estão em falta que interferem na realização da cirurgia; Pacientes inaptos ou sem
309 condições clínicas, deverão ser encaminhadas justificativas a Coordenadoria de
310 Regulação/CER/SMS, com parecer clínico sobre a impossibilidade de realizar o procedimento,
311 sendo este assinado e carimbado pelo médico; Falta de contato com o paciente, deverá ser
312 relatado o número do paciente, número de tentativas que realizou o contato e data/horário das
313 tentativas; Regulação excedente x Capacidade instalada, especificar o valor atualizado do Teto
314 realizado no mês corrente, que comprove o Teto excedente para realização do procedimento. O
315 Hospital apresentou 122 recusadas, a qual foram todas justificadas conforme relatório (anexo).
316 Sendo assim o hospital Pontua 15 nesse indicador. Informações estas obtidas no relatório da
317 Coordenadoria de Regulação/CER/SMS do dia 07 de outubro de 2019. **Item 06** - Manter as
318 Comissões obrigatórias instituídas no Hospital e descritas neste Documento Descritivo em
319 funcionamento, de acordo com o relatório das atividades apresentadas a Supervisão foi
320 constatadas que as comissões estão instituídas e em funcionamento, através de visita *in loco* e
321 apresentação de Atas de reuniões, **pontuando 10 neste indicador**, conforme relatório da
322 Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro
323 de 2019. **Item 07** - Manter: Programa de Residência Médica e/ou Multiprofissional na área da
324 saúde, em funcionamento, referido neste descritivo e Programa de Pesquisa, apresentar ao menos
325 02 programas, a Supervisão Administrativa. O hospital apresentou 02 programas de Residência
326 em cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial e Residência Multiprofissional em saúde
327 hospitalar para pacientes especiais, contemplando as áreas de Psicologia, fonoaudiologia,
328 odontologia, nutrição, fisioterapia e enfermagem. **Pontuando 10 neste indicador**, conforme
329 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de
330 setembro de 2019. **Item 08** - Manter grupo de treinamento em humanização (GTH) para
331 viabilizar as diretrizes da Política Nacional de Humanização SUS - de acordo com o
332 relatório das atividades apresentadas a Supervisão foi constatadas que as comissões estão
333 instituídas e em funcionamento através de projetos apresentados, **pontuando 05 neste**
334 **indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
335 Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 09** - Pesquisa de satisfação do usuário
336 positiva - Realizada no mês de competência com no mínimo de 30% de pacientes internados - A
337 quantidade é referente a 30% dos leitos conveniados SUS cadastrados no CNES do hospital. A
338 pesquisa foi realizada no período de 01 a 30 de Agosto de 2019, *in loco* em conversa entre o
339 supervisor e o usuário, onde foi apresentado o instrumento de acordo com o D.D., e após o
340 levantamento da somatória dos resultados obtivemos o seguinte percentual dos entrevistados (23
341 pacientes da Clínica Cirúrgica, 13 pacientes da Clínica Médica e 05 pacientes da Clínica
342 Pediátrica e 10 pacientes da Ginecologia/Obstetrícia) = 50% Muito Bom e 32% Bom,
343 **pontuando 05 nesse indicador**, conforme relatório apresentado pela Supervisão
344 Administrativa/CCA/SMS, de 28 de agosto de 2019. Pontuação total do grupo das Metas
345 Qualitativas foi de 92 pontos. **D.D-PÁGINA 36/ITEM 6.12/METAS DE QUALIDADE DA**
346 **REDE CEGONHA. Item 01** - Proporção de cesárea em relação aos partos realizados na
347 competência em maternidade Alto Risco TIPO II - Parâmetro de Redução da taxa de cesárea de
348 5% ao ano e até 35% em maternidade de Alto Risco - Conforme estabelecido em D.D, redução
349 de cesárea de 10% ao ano e até 35% em maternidade de Alto Risco - Foram apresentados total
350 de 151 partos (69 partos normais e 82 partos cesarianos), um percentual de 54,30%,
351 considerando o percentual permitido de 38,8%, o hospital **não pontua neste indicador**,
352 conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e
353 Hospitalar/SIA/SIH/SMS 11 de outubro de 2019. No entanto, considerando relatório de análise
354 de Procedimento Césareo formulado pelo hospital apresentando justificativas para realização dos
355 partos cesarianos e consequentemente o percentual acima permitido nesta competência, assinado
356 e validado pela médica supervisora/SMS, Rosana Alice Barros Silva Munitz, o hospital apresenta
357 justificativas para o parto cesariano, com as devidas observações esta Coordenadoria pondera o

358 indicador, sendo assim o hospital pontua na sua totalidade 10 pontos. **Item 02** - 100% de
359 acompanhante em todo período de internação. Foi aplicado pela equipe de supervisão
360 administrativa o questionário avaliando a satisfação do usuário referente seu atendimento,
361 obtendo assim o prestador a pontuação máxima, **pontuando 10 neste indicador**, conforme
362 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de
363 setembro de 2019. **Item 03** - RN com acompanhante na UTI e UCI - Parâmetro de 100% dos
364 RN's internados com livre acesso dos pais à unidade - Foi aplicado pela Equipe de Supervisão
365 Administrativa o questionário avaliando a satisfação do usuário referente seu atendimento,
366 obtendo assim o prestador a pontuação máxima, **pontuando 10**, conforme relatório da
367 Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro
368 de 2019. **Item 04** - Educação Permanente em Boas Práticas da atengão Obstétrica e Neonatal
369 mensalmente - Parâmetro de 50% dos trabalhadores assistenciais participantes das atividades em
370 Boas Práticas da atengão obstétrica e Neonatal - O Hospital apresentou um total de 93
371 trabalhadores, realizaram 70 trabalhadores (Pronto Atendimento/P.A, Centro Obstétrico/CO,
372 Maternidade e UTI Neonatal), ou seja, um percentual de 75% de trabalhadores participantes,
373 **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
374 Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 05** - Acolhimento com Classificação de
375 Risco permanente realizado por um Enfermeiro, Acolhimento em funcionamento - constatado
376 através de visita *in loco* em dias alternados, livro de registro: 190 atendimentos, escalas de
377 plantão, **pontuando 10 neste indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa
378 Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, 27 de setembro de 2019. **Item 06** - Tempo
379 médio de permanência mensal UTI Neonatal - Parâmetro de até 18 dias - Considerando os 10
380 leitos habilitados apresentaram 17,2 dias, considerando 02 leitos para margem de cálculo, a
381 média permanência = 15,6 dias (foram excluídos 02 leitos onde as diárias foram a partir de 31
382 dias) **pontuando 15 neste indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa
383 Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 07** - Taxa de
384 ocupação para os leitos destinados ao SUS - UTI Neonatal - Parâmetro de 90%, apresentado
385 113,9%, **pontuando 15 nesse indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa
386 Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 08** - 65% de
387 Recém-nascidos/RN com Registro Civil na maternidade - Apresentado percentual de 84,4% de
388 RN registrados, sendo Nascidos Vivos 135 e Números de Registros 114, **pontuando 10 nesse**
389 **indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
390 Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Retificação da Página 36 do instrumento**
391 **Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017, NA COLUNA DE PONTUAÇÃO, ONDE**
392 **SE LE: Maior ou Igual a 50% de RN registrados=10, LEIA - SF: Maior ou Igual a 65% de RN**
393 **registrados=10, ONDE SE LE: DE 30% A 49,9% de RN registrados=05, LEIA-SF: de 30% a**
394 **64,9% de RN registrados=05. Item 09** - Manter Equipe mínima de Enfermagem no Centro
395 Obstétrico conforme Portaria nº11/2015/GM/MS - Foi constatado através de visita *in loco* e
396 escala dos profissionais do setor, **pontuando 10 neste indicador**. Conforme relatório da
397 Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, 27 de setembro de
398 2019. Pontuação total do grupo das Metas de Qualidade da Rede Cegonha foi de 100 pontos.
399 **D.D-PÁGINA 40/ITEM 6.2.2/METAS DE QUALIDADE DA REDE DE URGENCIA E**
400 **EMERGENCIA. Item 01** - Núcleo de Acesso e Qualidade (NAQH), conforme Portaria
401 nº2395/GM/MS - Parâmetro em funcionamento - o hospital apresentou Atas das reuniões
402 comprovando o funcionamento, **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão Administrativa
403 Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 02** - Núcleo
404 Interno de Regulação (NIR) em funcionamento - NIR, conforme Portaria nº 3390/2013 - o
405 hospital apresentou Atas das reuniões e Regimento Interno, comprovando o funcionamento,
406 **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
407 Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 03** - Protocolos clínicos e assistenciais
408 atualizados e disponíveis para a equipe - O Hospital apresentou somente Manual de Normas e

409 Rotinas e POP (protocolos não atualizados, não disponíveis e não validados nas clínicas),
410 pontuando 10, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadora Controle e
411 Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 04** - 50% dos trabalhadores assistenciais
412 participantes das atividades em Boas Práticas da atenção - O Hospital apresentou um total de 99
413 trabalhadores, realizaram 74 trabalhadores (P.A, UT Adulto, UCO, UNI Cardiologia), ou seja,
414 percentual de 74,7% de trabalhadores participantes, pontuando 10, conforme relatório da
415 Supervisão Administrativa Coordenadora Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro
416 de 2019. **Item 05** - Tempo médio de permanência mensal UTI adulto - Parâmetro máximo de 10
417 dias - O hospital apresentou 8,6 dias de média de permanência (considerando 14 leitos pelo
418 CNES), pontuando 15 nesse indicador, conforme relatório da Supervisão Administrativa
419 Coordenadora Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 06** - Taxa de
420 ocupação de leitos de UTI adulto - O Hospital apresentou taxa de 164,3% (14 leitos pelo
421 CNES); *in loco*/10 leitos UTI Adulto = 111,6% *in loco*/10 leitos UCO = 118,4%, pontuando 15
422 neste indicador, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadora Controle e
423 Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 07** - Acolhimento com classificação de
424 risco permanente na urgência - O Hospital apresentou livro de registro, Escalas de plantão,
425 Protocolos da Classificação em funcionamento, pontuando 10 nesse indicador, conforme
426 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadora Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de
427 setembro de 2019. **Item 08** - Porta de Entrada aberta, conforme Portaria 2.395/2011/GM/MS -
428 Parâmetro Atendimento nas 24hs do dia e em todos os dias do mês para atendimento ininterrupto
429 a qualquer demanda espontânea e referenciada conforme perfil do hospital - De acordo com o
430 relatório e comprovações do servidor de produção (SISREG III), emitido pela CRUE/SMS,
431 sendo assim o hospital Pontua 20 nesse indicador conforme relatório apresentado hoje 15 de
432 outubro de 2019. **Retificação da Página 41 do Instrumento Contratual Convênio Assistencial**
433 **nº 004/2017, Item 08:** Porta de Entrada aberta, conforme Portaria 2.395/2011/GM/MS. NA
434 **COLUNA DE MÉTODO DE VERIFICAÇÃO - ONDE SE LE:** Relatórios da CRUE e
435 **relatório da Supervisão Administrativa. LEIA-SE:** Relatórios da Coordenadora Regulação de
436 **Urgência e Emergência/CRUE/SMS.** Pontuação total do grupo das Metas de Qualidade da Rede
437 **Urgência e Emergência** foram de 100 pontos. Deste modo, após avaliação pelo Documento
438 **Descritivo da COMPETÊNCIA 08/2019**, o Hospital Geral apresentou o seguinte desempenho:
439 pontuação referente às **Metas Quantitativas:** alcançaram 100 pontos, o que equivale à faixa de
440 desempenho de 100%, perfazendo o total de recurso equivalente de R\$ 1.043.144,13. **Metas**
441 **Qualitativas:** alcançaram 92 pontos, que equivale à faixa de desempenho de 100%, perfazendo
442 o total de recurso equivalente de R\$ 695.429,42. **Rede Cegonha nas Metas Qualitativas:**
443 alcançaram 100 pontos, que equivale à faixa de desempenho de 100%, perfazendo o total de
444 recurso equivalente de R\$ 119.534,82. **Rede de Urgência nas Metas Qualitativas:** alcançaram
445 100 pontos, que equivale à faixa de desempenho de 100%, perfazendo o total de recurso
446 equivalente de R\$ 1.152.021,72. Encerrados os trabalhos, a Srª Dirigente deixou livre a palavra
447 para que dela fizesse uso quem o desejasse. 1) **Adriana Representante do Hospital Geral,**
448 **solicita uma devolutiva do setor de Contratualização a respeito da solicitação de Aditivo de**
449 **prorrogação de vigência do convênio 004/2017. 2) Kênia representante do setor de**
450 **contratualização informa que foi encaminhado a superintendência de controle avaliação e**
451 **regulação e coordenadoria de controle e avaliação a CI Nº 126/CERAC/ SMS/2019**
452 **solicitando mediação junto ao gestor municipal para que a solicitação do hospital seja**
453 **atendida.** E como mais nada havia para ser deliberado, a Srª dirigente determinou a lavatura da
454 presente Ata, que lida em voz alta e consensuada exata e conforme, sendo unânime aprovada,
455 deu-se portanto encerrada às 16h32min, sendo assinada por mim, **Daniela Nascimento Arruda**
456 que a redigi, pela dirigente e pelos demais membros presentes (Comissão e responsáveis pelas
457 informações apresentadas nos relatórios) na reunião. Certificado que o presente documento é cópia
458 fiel, o qual consta 10 (dez) páginas numeradas com 471 (quatrocentos e setenta e uma) linhas.
459 Depois de encerrada a reunião, esta Ata foi disponibilizada (cópia na íntegra) juntamente com a

460 lista de presença, aos seguintes setores da Superintendência de Controle, Avaliação e
 461 Regulação/SCAR/SMS/CUIABÁ: Central de Regulação/CR/SMS; Sistema de Informações
 462 Ambulatoriais/SIA/SMS; Sistema de Informações Hospitalares/SIH/SMS; Supervisão
 463 Administrativa/SMS; Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS; Cadastro Nacional
 464 Estabelecimentos de Saúde/CNES/SMS e ainda aos Membros da Comissão (Representante do
 465 Hospital, Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS e Secretaria Estadual de Saúde/SES/MT).
 466 Cuiabá, 15 de Outubro de 2019.

Daniel Vascotto Arruda
 Relatora da Reunião Ordinária CPAC
 Sanitarista Supervisora/CERAC/SMS

CORRESPONSÁVEIS

Karoline Santana de Almeida
 Enfª Responsável Técnica da Supervisão
 Adm. Hospitalar/CCA/SMS

Laura Pereira Rocha da Silva
 Responsável Técnica do Sistema de
 Informação Hospitalar

José Pedro Falco Walderrama
 Responsável Técnico SISREG

Kenia B. Moraes de Arruda
 Dirigente da Reunião Ordinária CPAC
 Responsável Técnica/CERAC/SMS

Flavia Franca Rodrigues
 Coordenadoria do Sistema de Informação
 Ambulatorial/Hospitalar/SIA/SIH/SMS

Noeli Cichoski da Silva
 Gerência de Urgência/Emergência
 CRUE/SMS

Pamela Aparecida Nery Costa
 Enfª Responsável Técnica do
 CNES/SMS/CUIABÁ

460
461
462
463
464
465
466
467
468

**MEMBROS DA COMISSÃO PERMANENTE DE ACOMPANHAMENTO DA
 CONTRATUALIZAÇÃO/CPAC/SMS**

Elaine Morita P. Souza
 Secretaria Estadual de Saúde/SES

Daniella C. Amaral
 Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS

Sandra Maria dos Santos Costa
 Associação de Proteção a Maternidade e a
 Infância de Cuiabá – Hospital Geral

Noeli Cichoski da Silva
 Secretaria Municipal de Saúde/SMS/CUIABÁ

Julio C. S. Garcia
 Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS

Sandra Maria Lima M. Generoso
 Associação de Proteção a Maternidade
 E a Infância de Cuiabá – Hospital

469
470

LISTA DE PRESENÇA

DATA: 11/10/2019
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL

HORÁRIO: Início 09 h: 05 min - Término 10 h: 12 min

PAUTA: REUNIÃO ORDINÁRIA DE AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTI-QUALITATIVAS DA **COMPETÊNCIA 08/2019**

Nº	NOME COMPLETO	ORGÃO/CARGO	E-MAIL	TELEFONE	ASS. ou RUBRICA
01	Daniella de D. Amador	CM S.	daniella.amador@hspmtm.com	99977-1514	09
02	Flaviana Pulte F. Souza	SAB/SES	flaviana@ses.mt.gov.br	984331542	Flaviana Pulte
03	Kaoline J. de Almeida	Supervisor Adm.	kaoline.almeida@gmail.com	98105-5026	Kaoline J. de Almeida
04	Elaine A.V. Souza	Coord. Regul. eqs		99692.0822	Elaine Souza
05	Sandra Nogueira dos Santos Costa	Sin. de Operações	sandranogueira.hsp@hspmtm.com	99617-0255	Sandra Nogueira
06	Sandra M. Lima M. Genuisid	G. Adm	sandra.lima@hsp.cuiaba.mt.gov.br	99617-0255	Sandra Lima
07	Athiana P.S. Almeida	HG / Advogado	athiana@hsp.cuiaba.mt.gov.br	3363-7018	Athiana Almeida
08	Neeli Eichholtz da Silva	Ger. de G. B-1/SMS		99614-8989	Neeli Eichholtz
09	Jéssica B. M. Andrade	Téc. de G. B-1/SMS		3616-9131	Jéssica B. M. Andrade
10	Jessica P.R. Silva	SIH		99695-6983	Jessica P.R. Silva
11	Yelis E.S. Garcia	CM S		99367-1661	Yelis E.S. Garcia
12	Auguste Siqueira Pires	Sup/Regulac	auguste.pires@hsp.cuiaba.mt.gov.br	98112-5207	Auguste Siqueira Pires
13	Flaviana F. de Souza	Téc. de G. B-1/SMS			Flaviana F. de Souza
14	Caroline E. de Moura	Adutora HG	carolineemoura@hsp.cuiaba.mt.gov.br	99242 9790	Caroline E. de Moura
15					
16					
17					



SECRETARIA DE SAÚDE

COORDENADORIA ESPECIAL REDE ASSISTENCIAL DE CONTRATUALIZAÇÃO
Av. Ten. Cel. Duarte, 1.070 Bairro Centro Sul CEP: 78020-450 - Cuiabá - MT - Telefone: 3616-9131
Email: sms.contratualizacao@cuiaba.mt.gov.br

ATA Nº008/2019 DE REUNIÃO ORDINÁRIA DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO
DA ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE CUIABÁ - HOSPITAL
GERAL

Aos 11 dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezenove, às 09h05min, reuniram-se os membros titulares e suplentes escolhidos dentre seus pares dos segmentos da saúde para compor a Comissão Permanente de Acompanhamento da Contratualização CPAC/SMS/Cuiabá nomeados conforme Portaria nº 091/SMS/2018, os responsáveis dos setores envolvidos da Superintendência de Controle, Avaliação e Regulacão/SMS/CUIABÁ, resultando as informações subscritas, na Coordenadoria Especial Rede Assistencial de Contratualização/CERAC/SMS/Cuiabá, localizada sob o endereço no rodapé. Após a dirigente Kenia B. Moraes de Arruda, iniciou a reunião, que teve como pauta a Avaliação da Contratualização da Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Cuiabá - Hospital Geral, referente à **COMPETÊNCIA 08/2019**, avaliado de acordo com o Documento Descritivo/D.D. nº 004/2017, assinado em 03/10/2017. Vale ressaltar que foi constatado através do diário oficial ano nº6 nº1246 publicado em 28 de novembro de 2017, divergência na data de assinatura, tendo como data da publicação 31 de outubro de 2017. A metodologia para avaliação do alcance das metas, dessa competência, será conforme metas do Convênio e definidas em comum acordo com a Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratualização, sendo assim serão ajustadas e pactuadas em Ata as ações adotadas para as futuras Competências. Durante a avaliação das Metas Qualitativas e Quantitativas foram feitas as seguintes considerações: Conforme documento encaminhado Ofício Circular nº 002/CERAC/SMS/2018, sob a CI nº064/2018/SCAR/SMS de 24 de julho de 2018, que versa sobre a publicação em Diário Oficial de Contas do Estado de Mato Grosso, nº 1399 de 17/07/2018, fls. 56/57, a Portaria nº 121/GAB/SMS/2018 a qual DEFINE que todas as reuniões da Comissão Permanente de Acompanhamento e Avaliação de Contratualização/CPAC/SMS, serão gravadas por instrumento de áudio e/ou vídeo e, podendo ser liberadas para as partes interessadas, mediante solicitação, após período de 48 (quarenta e oito) horas. Informamos, portanto, que até a presente competência não esta sendo gravada, pois não foram disponibilizados os equipamentos necessários, inviabilizando com isso o cumprimento da Portaria supracitada, intencamos que como de costume foi encaminhado ao Hospital Geral o ofício nº 131/CERAC/SMS/2019, datado em 01 de outubro de 2019, informando o dia e hora da reunião CPAC. Considerando mudanças ocorridas na composição dos membros CPAC/SMS, foi indicado via ofício 135/CPAC/SMS/2019 e 136/CPAC/SMS/2019 novos membros para comporem a comissão.-D.D.- PÁGINA 36 /TEM 6.1.2/METAS DE QUALIDADE DA REDE CEGONHA. Item 01 - Proporcão de cesárea em relação aos partos realizados na competência em maternidade Alto Risco TIPO II - Parâmetro de Reduçãõ da taxa de cesárea de 5% ao ano e até 35% em maternidade de Alto Risco - Conforme estabelecido em D.D, reduçãõ de cesárea de 10% ao ano e até 35% em maternidade de Alto Risco - Foram apresentadas total de 151 partos (69 partos normais e 82 partos cesarianos), um percentual de 54,30%, considerando o percentual permitido de 38,8%, o hospital não pontua neste indicador, conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS 11 de outubro de 2019. No entanto, considerando relatório de análise de Procedimento Césareo formulado pelo hospital apresentando justificativas para realizacão dos partos cesarianos e consequentemente o percentual acima permitido nesta competência, assinado e validado pela médica supervisora/SMS, Rosana Alice Barros Silva Muniz, o hospital apresenta justificativas para o parto cesariano, com as devidas observações esta Coordenadoria pondera o indicador, sendo assim o hospital pontua na sua totalidade 10 pontos. D.D-PÁGINA 40 /TEM 6.2.2/METAS DE QUALIDADE DA REDE DE URGENCIA E EMERGENCIA. Item 01 - Núcleo de Acesso e Qualidade (NAQH), conforme Portaria nº2395/GM/MS - Parâmetro em funcionamento - o hospital apresentou Atas das reuniões comprovando o funcionamento, pontuando 10, conforme Portaria nº 2395/GM/MS - Parâmetro em funcionamento - o hospital apresentou Atas das reuniões e Regimento Interno, comprovando o funcionamento, pontuando 10, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliacão/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. Item 02 - Núcleo Interno de Regulacão (NIR) em funcionamento - NIR, conforme Portaria nº 3390/2013 - o hospital apresentou Atas das reuniões e Regimento Interno, comprovando o funcionamento, pontuando 10, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliacão/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. Item 03 - Protocolos clínicos e assistenciais atualizados e disponíveis para a equipe - O Hospital apresentou somente Manual de Normas e Rotinas e POP (protocolos não atualizados, não disponíveis e não validados nas clínicas), pontuando 10, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliacão/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. Item 04 - 50% dos trabalhadores assistenciais participantes das atividades em Boas Práticas da atençãõ - O Hospital apresentou um total de 99 trabalhadores, realizaram 74 trabalhadores

57 (P.A. UIT Adulto, UCO, UNI Cardiologia), ou seja, percentual de 74,7% de trabalhadores participantes,
58 **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadora Controle e
59 Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 05** - Tempo médio de permanência mensal UTI
60 adulto - Parâmetro máximo de 10 dias - O hospital apresentou 8,6 dias de média de permanência
61 (considerando 14 leitos pelo CNES), **pontuando 15 nesse indicador**, conforme relatório da Supervisão
62 Administrativa Coordenadora Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 06** -
63 Taxa de ocupação de leitos de UTI adulto - O Hospital apresentou taxa de 164,3% (14 leitos pelo CNES);
64 *in loco*/10 leitos UTI Adulto = 111,6% *in loco*/10 leitos UCO = 118,4%, **pontuando 15 neste indicador**;
65 conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadora Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27
66 de setembro de 2019. **Item 07** - Acolhimento com classificação de risco permanente na urgência - o
67 Hospital apresentou livro de registro, Escalas de plantão, Protocolos da Classificação em funcionamento,
68 **pontuando 10 nesse indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadora
69 Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 27 de setembro de 2019. **Item 08** - Porta de Entrada aberta,
70 conforme Portaria 2.395/2011/GM/MS - Parâmetro Atendimento nas 24hs do dia e em todos os dias do
71 mês para atendimento ininterrupto a qualquer demanda espontânea e referenciada conforme perfil do
72 hospital - De acordo com o relatório e comprovações do servidor de produção (SISREG III), emitido pela
73 CRUE/SMS, o hospital referência em pronto atendimento cardiaco, recusou 2 pacientes para avaliação,
74 sendo assim o hospital **Não Pontua nesse indicador** conforme relatório de 10 de outubro de 2019 de
75 2019. Carolina, representante do hospital solicita pontuação máxima, pois foram atendidos 227 pacientes
76 cardiovascular no Pronto Atendimento na competência 08/2019, o hospital solicitou contra referência de
77 alguns pacientes por não se enquadrar no perfil Cardiovascular buscando a liberação de leitos para o
78 recebimento de mais pacientes, o que não foi providenciado pelo hospital por não haver vaga disponível
79 na rede, considerando ainda que o hospital não recebeu previamente os relatórios que compõe a avaliação
80 da competência, impossibilitando a verificação da alegada recusa, não concordando assim com o
81 resultado do item (PONTUAÇÃO ZERO). Sandra Lira informa que o indicador possui escalonamento a
82 qual não foi observado na avaliação. Noeli (CRUE) informa que esteve no hospital e constatou que o leito
83 de estabilização estava vago. Não havendo consenso, foi aberto para votação: 3 Votos contrario (Noeli -
84 CRUE, Elaine - Coord. Regulação e Elaine Morita - SES); 2 Votos favoráveis (Sandra Lira e Sandra
85 Maria - Representantes do Hospital) e 1 Abstenção (Daniella Amaral- CMS). Sendo assim **não pontua**
86 **nesse indicador**. **Retificação da Página 41 do Instrumento Contratual Convênio Assistencial nº**
87 **004/2017, Item 08:** Porta de Entrada aberta, conforme Portaria 2.395/2011/GM/MS. **NA COLUNA DE**
88 **METODO DE VERIFICACAO - ONDE SE LE:** *Relatórios da CRUE e relatório da Supervisão*
89 *Administrativa. LEIA-SE: Relatórios da Coordenadora Regulação de Urgência e*
90 *Emergência/CRUE/SMS. Pontuação total do grupo das Metas de Qualidade da Rede Urgência e*
91 *Emergência foram de 80 pontos. Deste modo, após avaliação pelo Documento Descritivo da*
92 *COMPETÊNCIA 08/2019, Rede de Urgência nas Metas Qualitativas:* alcançaram 80 pontos, que
93 equivale à faixa de desempenho de 80%, perfazendo o total de recurso equivalente de R\$ 921.617,38.
94 Encerrados os trabalhos, a Srª Dirigente deixou livre a palavra para que dela fizesse uso quem o desejasse.
95 1) Devido o hospital desordenar da pontuação atribuída mediante o relatório técnico apresentado na
96 presente reunião sem o conhecimento prévio do hospital, impossibilitando a análise e justificativa
97 para defesa quanto ao ocorrido e votação da comissão CPAC, o hospital solicita que seja suspensa a
98 reunião até que seja protocolado relatório com os apontamentos e justificativas necessários para
99 subsidiar as avaliações. 2) Fica pactuado o encaminhamento dos relatórios técnicos até a data de
100 hoje. 3) A comissão solicita que os setores envolvidos faça os alinhamentos em até 5 dias que
101 antecede as reuniões CPAC a fim de que todas inconsistências sejam resolvidas. 4) A reunião será
102 retomada no dia 15 de Outubro as 14horas. E como mais nada havia para ser deliberado, a Srª
103 dirigente determinou a lavratura da presente Ata, que lida em voz alta e consensuada exata e conforme,
104 sendo unânime aprovada, deu-se portanto encerrada às 10h12min, sendo assinada por mim, **Daniela**
105 **Nascimento Arruda** que a redigi, pela dirigente e pelos demais membros presentes (Comissão e
106 responsáveis pelas informações apresentadas nos relatórios) na reunião. Certificado que o presente
107 documento é cópia fiel, o qual consta 3 (três) páginas numeradas com 120 (cento e vinte) linhas. Depois
108 de encerrada a reunião, esta Ata foi disponibilizada (cópia na íntegra) juntamente com a lista de presença,
109 aos seguintes setores da Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação/SCAR/SMS/CUIABA:
110 Central de Regulação/CR/SMS; Sistema de Informações Ambulatoriais/SIA/SMS; Sistema de
111 Informações Hospitalares/SIH/SMS; Supervisão Administrativa/SMS; Coordenadora Controle e
112 Avaliação/CCA/SMS; Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde/CNES/SMS e ainda aos Membros



Keneth J. J. J. J.
[Handwritten signatures and initials]

113 da Comissão (Representante do Hospital, Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS e Secretaria Estadual de Saúde/SES/MT).
114
115 Cuiabá, 11 de Outubro de 2019.

Kênia B. Moraes de Arruda
Dirigente da Reunião Ordinária CPAC
Responsável Técnica /CERAC/SMS

Daniela Nascimento Arruda
Relatora da Reunião Ordinária CPAC
Sanitarista Supervisora /CERAC/SMS

Flavia Franca Rodrigues
Coordenadora do Sistema de Informação Ambulatorial/Hospitalar/SIA/SIH/SMS

Karoline Santana de Almeida
Enfª Responsável Técnica da Supervisão Adm. Hospitalar/CCA/SMS

Noeli Cichoski da Silva
Gerência de Urgência/Emergência CRUE/SMS

Laura Pacheco Rocha da Silva
Responsável Técnica do Sistema de Informação Hospitalar

Pamela Aparecida Nery Costa
Enfª Responsável Técnica do CNE/SMS/CUIABÁ

José Pedro Falco Valderrama
Responsável Técnico SISREG

Noeli Cichoski da Silva
Secretaria Municipal de Saúde/SMS/CUIABÁ

Elaine Morita P. Souza
Secretaria Estadual de Saúde / SES

Sandra Maria Lira M. Generoso
Associação de Proteção a Maternidade E a Infancia de Cuiabá – Hospital

Sandra Maria dos Santos Costa
Associação de Proteção a Maternidade e a Infancia de Cuiabá – Hospital Geral

Daniella C. Amaral
Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS

Julio C. S. Garcia
Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS

MEMBROS DA COMISSÃO PERMANENTE DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZACÃO/CPAC/SMS

