

RELATÓRIO VISITA TÉCNICA

Nº. 002/2022

**ACOMPANHAMENTO DO CUMPRIMENTO DE METAS
CONTRATUALIZADAS**

Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do Sistema

Único de Saúde em Mato Grosso do Sul - **HFSUS**

Hospital: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILÂNDIA**

Município: **Cassilândia- MS**

Cassilândia- MS

Julho - 2022

Fátima Alves
22/10/22

Raissa
26-07-22

1. IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

1.1 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILÂNDIA

CNPJ/MF: 02.037.950/0001-16

Endereço: Rua Pedro Pereira de Almeida, 391- Centro

CEP:79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS

Telefone: (67) 3596-1133

E-mail: admiscmc@gmail.com

CNES: 2375680

1.2 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASSILÂNDIA- MS

CNPJ/MF: 033.429.20/0001-86

Condição da Gestão: Gestão Municipal de Serviços de Saúde

Endereço: Rua João Cristino da Silva, 429- Centro

CEP:79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS

Telefone: (67) 3596-1099

E-mail: gestao@smsscassilandia.com.br

Tipo de prestador: Público Municipal

Tipo de UPS: Gerência de Saúde Pública Municipal

2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

2.1 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: José Lourenço Braga Liria Marin

Endereço Comercial: Rua João Cristino da Silva, 429- Centro

CEP:79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS

Telefone: (67) 3596-1099

Ato de nomeação: Portaria nº249/2019 de 29/04/2019 empossado em 30/04/2019

E-mail: gestao@smsscassilandia.com.br

2.3 PROVEDOR - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILÂNDIA

Nome: Adenilson Pereira de Camargo

Endereço Comercial: Rua Pedro Pereira de Almeida, 391- Centro

CEP:79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS

Telefone: (67) 3596-2111

Ato de nomeação no período de 01 de Janeiro de 2021 a 31 de Dezembro de 2023

2.4 GERENTE ADMINISTRATIVO - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILÂNDIA

Nome: Voleguimar Paimel de Queiroz
Endereço Comercial: Rua Pedro Pereira de Almeida, 391- Centro
CEP:79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS
Telefone: (67) 3596-1133
Ato de nomeação de 20/08/2018 N° do CTPS: 68853, N° da ACL 00002
E-mail: admiscmc@gmail.com

2.5 DIRETOR CLÍNICO - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILANDIA

Nome: Luiz Humberto Cardoso
CRM-MS: 2127
Endereço Comercial: Rua Pedro Pereira de Almeida, 391- Centro
Telefone: (67) 3596-1133
CEP: 79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS

2.6 TÉCNICO RESPONSÁVEL – ENFERMAGEM

Nome: Suellen Rodrigues Vaz
COREN-MS: 333390
Endereço Comercial: Rua Pedra Pereira de Almeida, nº 391 - Centro
Telefone: (67) 3596-1133
Ato de nomeação: 23/12/2019 e 18/01/2021
Início da atividade como RT: 23 de dezembro de 2019 à 23 de dezembro 2020,
renovado em 18 de janeiro de 2021 à 18 de janeiro de 2022.
N° do CTPS: 30982, N° da ACL 361

3. AUDITOR:

NOME	MATRÍCULA
Laécio dos Santos Oliveira	2236

4. LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

<	Menor que
≥	Maior ou igual a
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE	Acidente Vascular Cerebral
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CORE	Complexo de Regulação Estadual
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ECG	Eletrcardiograma
GM/ MS	Grupo Ministerial
HFSUS	Hospitais Filantrópicos do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso do Sul.
ISCMC	Irmadade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia
MS	Mato Grosso do Sul
NOTIVISA	Sistema de Notificações da Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSP	Plano de Segurança do Hospital
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RN	Recém-Nascido
RT	Responsável Técnico
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizados
SUS	Sistema Único de Saúde
TabWin	Tabulador para Windows
TC	Termo de Contratualização
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TOH	Taxa de Ocupação Hospitalar

7. MÉTODO

Para desenvolvimento dos trabalhos, a Auditoria realizou na fase analítica e operativa as seguintes atividades:

- Levantamento e análise do cumprimento das metas quali-quantitativas e indicadores hospitalares contratualizados, referentes ao 1º quadrimestre/2022, obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizados (SIHD/SUS) e Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), por meio de tabulação de dados no aplicativo Tabulador de Dados para Windows - Tabwin;

5. SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL	2
2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	2
3. EQUIPE DE AUDITORES:	3
4. LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS	4
5. SUMÁRIO	5
6. INTRODUÇÃO	6
7. MÉTODO	6
8. DESENVOLVIMENTO	8
8.1 METAS QUALITATIVAS	8
8.2 METAS QUANTITATIVAS	12
9. CONSTATAÇÕES E RECOMENDAÇÕES AO HOSPITAL	14
9.1 EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	14
9.2 EIXO DE GESTÃO	17
9.3 EIXO DE AVALIAÇÃO	24
10. CONCLUSÃO	26

6. INTRODUÇÃO

O presente relatório trata da verificação do cumprimento de metas quali-quantitativas constantes do Documento Descritivo parte integrante do Termo de Contratualização nº. 001/2021 e suas alterações posteriores, celebrado entre o Município de Cassilândia/MS, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia com a Interveniência do Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MS), em consonância com o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso do Sul - HFSUS, referente ao período de Janeiro a Abril de 2022.

A Auditoria, componente municipal de auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Cassilândia infra-assinada é responsável pela realização da atividade e elaboração do presente relatório.

Higienização das mãos; Prevenção de quedas; Prevenção de lesão por pressão; Cirurgia segura e Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

- Resolução – RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde;
- Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que define a Educação Permanente como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;
- Decreto nº 15.644, de 31 de março de 2021 que suspende a realização de cirurgias eletivas pelos hospitais da rede pública estadual e pela rede contratualizada a partir do dia 05 de abril de 2021;
- Lei nº 14.400, de 8 de julho de 2022 altera a Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020, para prorrogar a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde, de qualquer natureza, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir os repasses dos valores financeiros contratualizados em sua integralidade.

8. DESENVOLVIMENTO

Para avaliar o cumprimento das metas qualitativas que constam no 4º Termo Aditivo ao Termo de Contratualização de nº. 001/2021 do referido hospital. Inicialmente o Serviço Municipal de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Cassilândia solicitou via ofício ao Gerente Administrativo do Hospital, Sr. Voleguimar Paimel de Queiroz, envio das documentações com cópia para comprovação de cumprimento de metas contratualizadas. Estes foram encaminhados ao setor municipal de auditoria.

8.1 METAS QUALITATIVAS

Para avaliação das metas qualitativas, os dados analisados referem-se ao período de Janeiro a Abril de 2022, conforme na sequência como consta no Documento Descritivo inseridas no Termo de Contratualização nº 001/2021, em seu 4º Termo Aditivo com vigência até o dia 30 de novembro de 2022, com as metas dos eixos assistência, gestão e avaliação com a verificação do seu cumprimento pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia (CNES nº 2375680) e suas respectivas pontuações.

Quadro 1: Metas qualitativas contratualizadas X metas realizadas - competência janeiro a abril de 2022.

METAS DO EIXO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE					
Nº	Indicadores	Contratualizado		Situação Encontrada	
		Metas	Pontuação	Cumprimento	Pontuação Obtida
01	<p><u>Média de Permanência (geral/institucional):</u></p> <p>Relação entre o número de pacientes-dia (permanência) e o total de saídas em determinado período.</p> <p>Representa o tempo médio de permanência (em dias) que os pacientes ficaram internados no hospital</p>	<p>Até 2 dias = 30 pontos ou > 2 até 3 dias = 60 pontos; >3 até 4 dias = 100 pontos</p>	100	<p>3,02 dias</p> <p>(Perm[880] / Freq[291])</p> <p>> 2 até 3</p>	60
02	<p><u>Taxa de mortalidade institucional:</u></p> <p>Relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período.</p> <p>(Soma de usuários que receberam alta hospitalar, que foram transferidos ou que evoluíram para óbito).</p>	< 3,5%	100	4,47	00
03	<p>Rede Cegonha:</p> <p>3.a) Contato Imediato pele a pele na 1ª hora de vida.</p> <p>Relação percentual entre a quantidade de recém-nascidos (RN) que tiveram contato imediato pele a pele na 1ª hora de vida e o total de RN, no período avaliado</p>	SIM a) =50	100 Considerar pontuação quando obter 60% de "a" e "b"	50	100
	<p>3b). Aleitamento Materno na 1ª hora de vida. Relação percentual entre a quantidade de recém-nascidos (RN) que tiveram aleitamento materno na 1ª hora de vida e o total de RN, no período avaliado</p>	SIM b) 50		50	
	Participação na Política da Atenção às				

04	<u>Urgências e emergências.</u> 4.a) Acolhimento com Classificação de Risco.	SIM a) 40	120	SIM 40	120
	4.b Implantação de protocolos clínicos para as 3 (três) linhas de cuidados das patologias de maior incidência.	SIM b) 40		SIM 40	
	4.c) Existência de Médico e Enfermeiro 24 horas no hospital	SIM c) 40		SIM 40	
Pontuação das metas do eixo de assistência à saúde			420		280

METAS DO EIXO DE GESTÃO					
Nº	Indicadores	Contratualizado		Situação Encontrada	
		Metas	Pontuação	Cumprimento	Pontuação Obtida
05	<u>Cadastro do Hospital atualizado no CNES</u> 5.a) profissionais cadastrados.	SIM a) =5	20	SIM a) =5	20
	5.b) serviços cadastrados;	SIM b) =5		SIM b) =5	
	5.c) instalações físicas para assistência (urgência, ambulatório, centro cirúrgico e hospital);	SIM c) =5		SIM c) =5	
	5.d) equipamentos cadastrados.	SIM d) =5		SIM d) =5	
06	<u>Taxa de ocupação Hospitalar. (TOH)</u> Relação percentual entre o número de pacientes (soma dos dias de permanência dos pacientes internados que receberam alta hospitalar, transferência a outro hospital ou que evoluíram para óbito) e o número de leitos-dia no período avaliado/Quando o hospital não atingir a taxa de ocupação igual ou maior que 80%, considerar a pontuação máxima (100 pontos) desde que a instituição cumpra 90% ou mais da quantidade de internações contratualizadas em cada uma das clínicas básicas.	Se apresentar: <30%= 0 pontos ≥30% a <60%=30 pontos ≥60% a <80%=60 pontos ≥80%=100 pontos	100	<u>TOH 22,91%</u> Resta Prejudicada Lei nº 14.400, de 8 de julho de 2022	100
	<u>Segurança do paciente.</u> 7.a) Documento de criação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP e constituição da respectiva equipe	SIM a) =10		SIM 10	
	7.b) Cadastro do NSP no site da ANVISA - NOTIVISA	SIM		SIM b)20	

07		b) =20	120		120
	7.c) Regimento Interno do NSP.	SIM c)= 10		SIM c) 10	
	7.d) Plano de Segurança do Hospital.	SIM 7.d= 20		SIM d) 20	
	7.e) Atas das reuniões realizadas de acordo com a periodicidade, estabelecido em Regimento interno.	SIM 7.e=20		SIM e)20	
	7.f) Implantar no mínimo 2 (dois) protocolos de Segurança por Semestre, de acordo com a RDC nº 13/2013	SIM 7.f=20		SIM f)20	
	7.g) Notificação de Eventos Adversos no Sistema NOTIVISA (pelo menos uma vez ao mês)	SIM 7.g=20		SIM g)20	
08	Existência de e/ou participação em Programa de capacitação, Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos. Observação: capacitação pode ser interna quando desenvolvida pela Direção hospitalar, ou externa, quando desenvolvida por outras instituições.	Se apresentar: 0 a 20 %=0 a 21 pontos 21 a 35%=40 pontos 36 a 50%=60 pontos 51 a 70%=90 pontos Acima de 70%=120 pontos.	120	Acima de 70%	120
Pontuação das metas do eixo de gestão			360		360

METAS DO EIXO DE AVALIAÇÃO					
Nº	Indicadores	Contratualizado		Situação Encontrada	
		Metas	Pontuação	Cumprimento	Pontuação Obtida
09	Avaliação da satisfação dos usuários do SUS – realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: quadrimestral. Obs: Incluir, nos hospitais que realizaram partos, cerca de 20% de parturientes dentre os entrevistados.	Avaliação positiva ≥80%	100	80,65%	100
10	a) avaliação de satisfação dos colaboradores – realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: semestral. Número de entrevistas: mínimo de 50% dos trabalhadores presentes no hospital, no dia da visita técnica. Conduta da entrevista: os instrumentos serão entregues pela Auditoria diretamente aos colaboradores.	a) avaliação positiva ≥80%= 60	120	81,05%	120
	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, bem como, para definição de atribuições e responsabilidades por serviço hospitalar e/ou profissional, visando o cumprimento das metas contratualizadas. Obs.: A Direção Administrativa poderá realizar uma ou mais reuniões no semestre, desde que contemple 80% ou mais dos colaboradores da instituição.	b) SIM =60		SIM= 60	
Pontuação das metas do eixo de avaliação		220		220

Fonte: Documento Descritivo de Termo de Contratualização nº 001/2021; documentação encaminhada pela unidade; e dados coletados no TABWIN levantados em julho/2022.

O pagamento referente ao cumprimento das metas de qualidade constantes no quarto Termo Aditivo da Contratualização nº 001/2021 será efetuado por faixa de desempenho conforme cumprimento das metas qualitativas demonstrado nos quadros a seguir:

Quadro 2: Pontuação por faixa de desempenho.

Pontuação das faixas de desempenho para cálculo do percentual de recursos	
Faixa de Desempenho (pontuação)	Percentual do total de 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 1.000 pontos	100 %

Fonte: Documento Descritivo de Termo de Contratualização nº 001/2021.

Quadro 3: Pontuação obtida por eixos avaliados nas metas qualitativas pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia.

Somatória dos Eixos Avaliados			
Eixo avaliado	Numeração dos itens avaliados	Pontuação Contratualizada	Pontuação adquirida Avaliação: Janeiro a Abril de 2022
Total das metas do eixo da Assistência	01-04	420	280
Total das metas do eixo de Gestão	05-08	360	360
Total das metas do eixo de Avaliação	09-10	220	220
Total dos eixos avaliados		1.000	860
De 801 a 1.000 pontos			100%

Fonte: Elaboração Própria.

8.2 METAS QUANTITATIVAS

8.2.1 Internações Hospitalares de Média Complexidade – Metas Físicas

Conforme Contratualização 001/2021, e quarto Termo Aditivo, o hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia contratualizou a realização de 828 internações no ano e 276 internações no quadrimestre e neste 1º quadrimestre de 2022, foram realizadas as internações por clínica conforme quadro a seguir:

Quadro 4: Frequência de internações aprovadas, e porcentual de cumprimento das metas contratualizadas por clínica no período de janeiro a abril de 2022, na Santa Casa de Cassilândia.

Especialidade	NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR CLÍNICA				
	Anual	Mensal	Quadrimestral	Frequência Jan a Abril - 2022	% Cumprimento
Clínica Cirúrgica	204	17	68	57	83,82%
Clínica Obstétrica	156	13	52	50	91,15%
Clínica Médica	360	30	120	138	115,00%
Clínica Psiquiátrica	12	01	04	00	0,00%
Clínica Pediátrica	96	08	32	46	143,75%
TOTAL	828	69	276	291	105,43%

Fonte: DATASUS Tab. Para Windows (TABWIN), consulta em 11/07/2022.

Em relação a meta quantitativa contratualizada para as internações hospitalares de 276 internações no quadrimestre, conforme dados obtidos de janeiro a abril de 2022 a Instituição realizou 291 internações, o que representa 105,43 % de cumprimento.

Ademais, convém mencionar que na clínica cirúrgica houve a realização de 57 procedimentos, que corresponde a 83,82 % da meta contratualizada. Na clínica obstétrica houve a realização de 50 procedimentos, o que corresponde a 91,15 % da meta prevista. Por fim, na Clínica Psiquiátrica não houve internações no quadrimestre avaliado. Nas demais clínicas as internações médica e pediátrica as internações foram superiores às metas contratualizadas.

Há necessidade do constante monitoramento dos dados das internações hospitalares para fornecer subsídios na reordenação de futuras pactuações. A variação na produção de procedimentos em cada especialidade médica merece atenção e análise crítica dos gestores do sistema e da gerência do hospital, principalmente em relação a clínica Psiquiátrica.

Quadro 5: Internações realizadas por clínica de paciente residente no município de Cassilândia realizadas em outros hospitais de Mato Grosso do Sul no primeiro quadrimestre de 2022.

Leito/ especialidade	Hospitais em Municípios em Mato Grosso do Sul						Cassilândia	Total Inter. Jan- Abr 2022
	Chapadão do Sul	Campo Grande	Santa Rita do Pardo	Paranaíba	Três Lagoas	Total Fora município		
Cirúrgica	--	40	--	07	10	57	56	113
Obstétrica	--	01	--	--	--	01	49	50
Clínico	02	08	03	14	07	34	136	170
Psiquiátrica	--	--	--	02	--	02	--	02
Pediátrica	--	03	--	--	--	03	45	48
TOTAL	02	52	03	23	17	97	286	383

Fonte: DATASUS Tab. Para Windows (TABWIN), consulta em 18 de julho 2022.

Nos dados inseridos no DATASUS de internações realizadas com pessoas residentes do município de Cassilândia, foi verificado que houve 383 internações no primeiro quadrimestre de 2022. Desse total, 286 internações foram realizadas no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia, representando 74,68% das internações, houve ainda, 97 internações realizadas nos municípios de: Campo Grande (52); Chapadão do Sul (02); Santa Rita do Pardo (03); Paranaíba (23) e Três Lagoas (17), perfazendo 25,32% das internações de pessoas residentes no município de Cassilândia.

8.2.2 Atendimento Ambulatorial de Média Complexidade

Conforme contratualizado o hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia e aditado 4º Termo Aditivo ao TC nº 001/2021 possui contratualizado anual a realização de 20.052 procedimentos, sendo 6.684 procedimentos por quadrimestre nos Grupos 02, 03 e 04 e apresentados no **Quadro 6** a seguir:

Quadro 6: Número de procedimentos de média complexidade realizados pelo ambulatório do hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia, no primeiro quadrimestre de 2022.

Tipo de atendimento por Grupo e Subgrupo	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS			
	Meta Anual	Meta Trimestral	Produção Jan - Abril 2022	%
Grupo 02 - Finalidade Diagnóstica				
02.01- Biopsia de pele, lesão e colo uterino	48	16	5	31,25%
02.04- Exames de Raios X	3.600	1.200	1.423	118,58%
02.11.02- Eletrocardiograma	600	200	34	17%
02.11.04- Colposcopia	48	16	0	0
Grupo 03 - Procedimento Clínico				

03.01- Consulta médica de urgência	10.200	3.400	2741	80,62%
03.01- Consulta Médica em Atenção Especializada	660	220	511	232,27%
03.01 – Consulta Médica com Observação até 24 horas	840	280	175	62,50%
03.01.06- Primeiro Atendimento ortopédico	156	52	22	40,31
03.03- Procedimentos ortopédicos	960	320	57	17,81%
03.01. Administração de Med. especializada	2.400	800	954	119,25%
03.01. Curativo especializado	60	20	0	0
Grupo 04 - Procedimento Cirúrgico				
04.01- Pequenas cirurgias ambulatoriais	360	120	176	146,67%
04.01. Drenagem Pleural	12	4	0	0,00
04.01. Paracentese	36	12	0	0,00
04.01-01 Diatermocausterização	48	16	05	31,25
04.09- Cirurgias ambulatoriais - Vasectomia	24	8	0	0,00
04.09.06- CAF	NC	-	0	0,00
TOTAL	20.052	6.684	6.101	91,28%

Fonte: DATASUS Tab. Para Windows (TABWIN), consulta em 11/07/2022.

Considerando os dados apresentados quanto às metas quantitativas de janeiro a abril de 2022 na produção ambulatorial de média complexidade aprovadas na base de dados do DATASUS referentes ao primeiro quadrimestre de 2022, a Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia registrou 6.101 procedimentos realizados, representando 91,28 % da produção contratualizada.

9. CONSTATAÇÕES E RECOMENDAÇÕES AO HOSPITAL

9.1 EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Indicador 1 – Média de Permanência (geral/institucional)

Constatação: O Hospital cumpriu parcialmente a meta.

Evidência: Ao acompanhar e avaliar o tempo médio em dias de todos os pacientes internados no hospital no período de 4 (quatro) meses, verificou-se que foi de 3,02 dias de internação ($880/291 = 3.02$). pontuando no item > 2 até 3 dias que permite 60 pontos.

Recomendação: Que a Direção Hospitalar implante e acompanhe os protocolos e indicadores clínicos de internação, nos termos da Portaria nº 1.044/GM/MS, de 01 de junho de 2004; Portaria nº 3.123/GM/MS, de 07 de dezembro de 2006.

Indicador 2 - Taxa de mortalidade institucional.

Constatação: O hospital não cumpriu a meta.

Evidência: No período avaliado a Taxa de mortalidade institucional foi de 4,47 %. A taxa de mortalidade institucional ficou acima do percentual aceitável de 3,5 %. A taxa de Mortalidade Institucional é a relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período.

Para o período avaliado a enfermeira Enfª RT da Instituição, Suellen Vaz, COREN -MS 333390 informou que uma equipe composta por profissionais do hospital participou de reuniões do Comitê de Mortalidade Materna Infantil e Fetal, entretanto as atas das reuniões não foram apresentadas.

Recomendação: Implantar o Comitê de Revisão de óbito Hospitalar para análise efetiva dos fatores determinantes do óbito.

Indicador 3 – Rede Cegonha

a) Contato imediato pele a pele na 1ª hora de vida.

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: No período avaliado a Irmandade Santa Casa de Cassilândia realizou 61 (sessenta e um) partos, com 02 natimortos gemelar. Conforme Ofício ISCMC/RT27/2022 o qual consta que desde o início da pandemia os partos estavam sendo realizados no Hospital São Lucas, no entanto em maio do respectivo ano (2022) esse procedimento voltou a ser realizado pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia, e que conforme protocolo da Rede Cegonha o Recém nascido (RN) tem o primeiro contato pele a pele imediato e a amamentação na primeira hora de vida, desde que a mãe e RN estejam clinicamente estáveis e mediante constatação dos médicos assistentes, sempre respeitando a vontade materna.

Recomendação: Mesmo tendo cumprido a meta mantemos a recomendação de: Implementar as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio de capacitações da equipe e aplicação de Instrumento de auto avaliação quanto aos critérios técnicos que regulamentam os Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (RDC nº 36, de 03 de junho de 2008).

b) Aleitamento materno na 1ª hora de vida.

Constatação: Meta cumprida

Evidência: Relação percentual entre a quantidade de recém-nascidos (RN) que tiveram contato imediato pele a pele na 1 hora de vida e o total de RN no período avaliado. A Instituição possui Manual de Normas e Rotinas da Maternidade, atualizado no ano de 2022 o qual contempla: Normas gerais de assistência; cuidado à parturiente; acompanhamento do trabalho de parto e parto pela equipe de enfermagem obstétrica; procedimentos e cuidados maternos nos estágios do parto; procedimentos e cuidados com o recém-nascido. Dentre todas as orientações do documento, uma delas inclui como cuidados classificados como imediato ao nascimento – “colocar o recém-nascido sobre o abdômen ou os braços da sua mãe.” Para o período avaliado foram realizadas entrevistas entre os dias 18 de julho a 20 de julho de 2022 com 14 parturientes, onde 75,25 relataram terem contato imediato pele a pele com o recém-nascido.

Recomendação: Mesmo tendo cumprido a meta mantemos a recomendação de:

- Implantar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conforme as Diretrizes de Aleitamento Materno da OMS.
- Capacitar a equipe sobre Manejo do Aleitamento Materno, contemplando a implantação de uma política de amamentação escrita, competências das equipes e cuidados pós-parto para apoio à amamentação para mães, uso limitado de substitutos do leite materno, alojamento conjunto, alimentação responsiva, educação dos pais sobre mamadeiras e chupetas e apoio para quando as mães e seus bebês receberem alta hospitalar. Sugere-se ainda, a aplicação do Instrumento de auto avaliação da implantação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (revisto em 2018 pela OMS).
- Manter o preenchimento e anexar nos prontuários de partos a Ficha para Coleta de Dados - Indicadores de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento.

Indicador 4 - Participação na Política de Atenção às Urgências e Emergências.

a) acolhimento com classificação de risco.

Constatação: O Hospital cumpriu a meta.

Evidência: Ao verificar a implantação de rotinas efetivas e sistematizadas para acolhimento com classificação de risco e a pronta identificação do paciente crítico ou mais grave, constatou-se que está sendo efetivamente aplicada pelo hospital, visto que:

- dispõe de protocolo implantado e de formulário ou instrumento sistematizado para realização e registro do procedimento;

- registra o procedimento realizado em prontuário e apresenta o procedimento no BPA-C na produção do SIA-SUS; e
- consequentemente, dispõe de rotina para análise dos indicadores vinculados ao procedimento.

Sendo assim, o Hospital pontuou esse item da meta.

Recomendação: Mesmo tendo cumprido a meta, recomenda-se:

- Manter atualizado e revisado anualmente o Protocolo da Classificação de Risco;
- Manter capacitação anual da equipe quanto a implementação do protocolo da classificação de risco;

b) a implantação de protocolos clínicos para as 2 (duas) linhas de cuidados das patologias de maior incidência.

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: Analisando os documentos comprobatórios referentes aos critérios mínimos de implementação desta meta, verificou-se que o Hospital dispõe de:

- protocolo escrito sobre: Parada Cardiorrespiratória; Crise Hipertensiva; Trauma de Tórax,; Acidente Vascular Encefálico AVE e Traumatismo Crânio Encefálico TCE com revisão manual, aprovado pela direção hospitalar.
- comprovante de capacitação anual da equipe quanto à implementação do Protocolo; e
- rotina sistemática de monitoramento dos indicadores para implantação do protocolo.

Recomendação: Mantemos a recomendação de:

- que a Direção Administrativa e Técnica do Hospital implemente os protocolos clínicos a fim de melhorar a qualidade das decisões clínicas e uniformizar condutas sobre o cuidado à saúde, visando a segurança dos pacientes com a diminuição da morbidade/mortalidade nos termos da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 05/11/2002 e dos Protocolos do Ministério da Saúde de Atenção às Urgências e Emergências e de Acolhimento com Classificação de Risco.
- Manter capacitação anual da equipe quanto as três linhas de cuidados das patologias de maior incidência.

c) existência de médico e enfermeiro 24 horas no Hospital.

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: Conforme consta nas Escalas de Plantão Médico e de Enfermeiros, verificou-se que o Hospital dispõe de médico e enfermeiro durante 24 horas no referido hospital. Todos os profissionais estão cadastrados no CNES do hospital.

9.2 METAS DO EIXO DE GESTÃO

Indicador 05 – Cadastro do hospital atualizado no CNES.

5.a – Profissionais cadastrados

Constatação: Meta cumprida

Evidência: Com relação à situação cadastral e função desempenhada pelos profissionais, foi realizada comparação entre a listagem de profissionais enviada pelo hospital e o cadastro na base do CNES. Na base do CNES, atualizada em 06/07/2022 constam 57 (cinquenta e sete) profissionais, na listagem fornecida pelo hospital foram apresentados 57 (cinquenta e sete) funcionários. Portanto, a Instituição atingiu a meta, pois todos os funcionários estão cadastrados na base CNES do hospital

5.b: serviços cadastrados.

Constatação: Meta Cumprida

Evidência: Consta na base CNES como Serviços próprios: central de esterilização de materiais, farmácia, lavanderia e serviço de prontuário de paciente. Serviços especializados: atenção reprodutiva, diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos, hemoterapia, traumatologia e ortopedia. Os dados conferem, dado à visita *in loco* realizada em 19/07/2022.

5.c: Instalações físicas para Assistência:

Constatação: Meta Cumprida

Evidência: Na consulta no cadastro do CNES o hospital possui informações sobre os tipos de instalação, quantidade de consultório e quantidade de leitos e equipamentos. Quanto ao serviço hospitalar dispõe no cadastro de 32 (trinta e dois) leitos dispostos da seguinte maneira: Para a especialidade cirúrgica: 04 (quatro) leitos; especialidade clínica: 20 (vinte) leitos; especialidade obstétrica: 02 (dois) leitos, sendo um clínico e um cirúrgico; especialidade psiquiátrica: 01 (um) leito e na especialidade pediátrica: 05 (cinco) leitos.

Segundo ofício ISCMC nº 15/2022, de 01 de abril de 2022 ao Gestor Municipal de Saúde de Cassilândia, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia realizou um remanejamento dos leitos para atendimento no período da Pandemia Sars Cov-2. Para atendimento à Pandemia do Corona Vírus o hospital possui um total de 15 (quinze) leitos, sendo: 05(cinco) leitos com aparelho respirador; 03 (três) leitos com enfermaria feminina; 03 (três) leitos com enfermaria masculina, 05 (cinco) leitos com enfermaria pediátrica. Demais patologias: 04 (quatro) leitos com enfermaria feminina; 05(cinco) leitos com enfermaria masculina; 03 (três) leitos com enfermaria de pediatria; 01 (um) leito de obstetrícia; 02 (dois) leitos cirúrgicos; 01 (um) leito de isolamento.


Com relação às instalações físicas para assistência, consta na base CNES: Urgência e Emergência: sala de atendimento indiferenciado, sala de curativo e sala de repouso/observação indiferenciado; Ambulatorial: outros consultórios não médicos e sala pequena cirurgia; Hospitalar – leitos recém-nascido (RN) normal, sala de cirurgia, sala de parto normal e sala de recuperação. Foi verificado *in loco* durante visita técnica realizada dia 19/07/2022, foi verificado todas as instalações, apenas a sala de recuperação foi constatada que não existe, dessa forma, os pacientes são encaminhados para o leito dos quartos.

5.d – Equipamentos cadastrados:

Sobre equipamentos/rejeitos, consta na base do CNES: Raio X de 100 a 500 mA e Ultrassom Ecográfico; Equipamentos de Infraestrutura-grupo gerador; Equipamentos para manutenção da vida – berço aquecido, desfibrilador, equipamentos de fototerapia, incubadora, monitor de ECG, reanimador pulmonar / AMBU, respirador/ventilador; equipamentos por métodos gráficos -eletrocardiógrafo; Equipamentos por métodos ópticos – microscópio cirúrgico; Outros equipamentos – bomba de infusão de hemoderivados. As informações cadastrais foram confirmadas durante visita *in loco* realizada dia 19/07/2022.

Recomendação: Mesmo tendo sido cumpridos os itens referentes ao indicador 5, mantemos a recomendação de manter o cadastro do hospital atualizado no CNES, conforme inciso II do artigo 2º e inciso III do artigo 3º da Portaria nº 1.646/2015 de 02/10/2015.

Indicador 6 – Taxa de ocupação hospitalar.



Constatação: O hospital não cumpriu a meta.

Evidência: O percentual da taxa de ocupação hospitalar foi de 22,91 % no 1º quadrimestre de 2022, conforme dados inseridos na base de dados do DATASUS. Conforme contratualização, a TOH<30%, a Instituição não pontua. Consta ainda que quando o Hospital não atingir a taxa de ocupação igual ou maior que 80%, considerar a pontuação máxima (100 pontos), desde que a Instituição cumpra 90 % ou mais da quantidade de internações contratualizadas em cada uma das clínicas básicas. Porém nas internações na clínica cirúrgica ficou com pontuação abaixo de 90% . Mas foi efetuada a pontuação máxima 100 pontos para essa meta, com fundamento na Lei nº 14.400, de 8 de julho de 2022 altera a Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020, que prorroga a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde, de qualquer natureza, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) até 30 de junho de 2022 e garante os repasses dos valores financeiros contratualizados em sua integralidade.

Recomendação: Que a Direção Hospitalar realize o Censo Diário de Ocupação dos Leitos Hospitalares e promova avaliação dos resultados alcançados em relação à:

- disponibilidade de médicos (corpo clínico mínimo para cumprimento da meta de internações nas especialidades contratadas);
- média de permanência dos pacientes internados *versus* procedimentos realizados;
- vagas solicitadas e negadas ao Hospital pelo CORE; e
- % e causas de encaminhamento de pacientes a outros hospitais.

Indicador 7 – Segurança do paciente:

a) documento de criação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP e constituição da respectiva equipe.

Constatação: O hospital cumpriu a meta.

Evidência: O hospital apresentou documento de criação do Núcleo de Segurança do paciente – NSP. Foi apresentada a composição da equipe composta na Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, composta por médico/coordenador, médico/vice coordenador; enfermeira/ RT/enfermeira; representante do Faturamento e representante da Direção administrativa. Foi apresentada composição da equipe composta na Comissão de Controle de Infecções Hospitalares – CCIH, composta por: representante

do Administrativo: Direção Clínica; bioquímico; farmacêutico; coordenador do Banco de Sangue e enfermeira responsável técnica.

Recomendação: Formalizar a criação do documento do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP, por meio de portaria ou resolução.

7.b – Cadastro do NSP no site da ANVISA – NOTIVISA.

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: A Instituição apresentou documento comprobatório da inclusão do NSP no site da ANVISA.

7.c – Regimento Interno do NSP.

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: A Instituição apresentou documentação do Regimento interno da Comissão de Revisão de prontuários Médicos, revisada em agosto de 2021, a qual contempla: introdução, nome, finalidade, composição, mandato, sede, funcionamento e organização, atribuições e disposições gerais.

Recomendação:

- Que a Direção do Hospital e os membros do NSP discutam e aprovem o Regimento Interno, com registro em Ata de Reunião, contemplando os seguintes itens:

a) composição, descrição das atribuições do NSP e dos membros que o compõem,

b) a periodicidade das reuniões

c) a vigência da comissão, conforme previsto na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 e o Manual de Implantação do NSP em Serviços de Saúde:

- Registrar em Boletim de Ocorrência ou Denúncia Crime nos moldes do art. 314 do Código Penal, Decreto Lei nº 2.848/40.

7.d – Plano de Segurança do hospital.

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: A Instituição apresentou o Plano de Segurança do Paciente elaborado pela enfermeira Suellen Rodrigues Vaz, COREN/MS 333.390-IS. O documento contempla:

- Finalidade do plano de segurança;
- Objetivos;
- Termos técnicos relevantes;

- Princípios e diretrizes;
- Estratégias para vigilância de eventos adversos;
- Ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde;
- Estratégias e ações;
- Mecanismo de identificação e monitoramento de riscos;
- Mecanismos de investigação dos eventos e divulgação dos resultados;

Recomendação: Mesmo tendo cumprido a meta, mantem-se as recomendações de: Que os membros do NSP façam a divulgação, e monitoramento das ações estabelecidas por meio dos indicadores sugeridos no Plano de Segurança do Paciente (PSP), em conformidade com o descrito na RDC nº 36/2013. Que o PSP contemple ações integradas com o plano de controle de infecção relacionada à saúde e segurança ocupacional.

7.e – Critérios para análise da conformidade das atas de reuniões do NSP

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: No período avaliado foi apresentada ata de reunião (ata sem numeração) realizada no dia 31/03/2022 para tratar de assuntos relacionados a:

- Implantação do Núcleo de Segurança do paciente – NSP;
- Notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde incluindo eventos adversos (EA);
- Site da ANVISA, o NOTIVISA para notificação;
- Resolução - RDC nº 36/2013

Ata de reunião (ata sem numeração) do NSP de Educação continuada, dia 08/04/2022 para tratar de assuntos relacionados a: “ Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponente.”

Recomendação: Formalizar o NSP e com as atas de reuniões referentes a este núcleo conforme definido no regimento interno. E que o coordenador do NSP elabore e aprove em conjunto com os demais membros uma agenda de reuniões e de atividades do NSP, inclusive com representantes das demais instâncias do serviço de saúde que têm interface com a segurança do paciente. O NSP deve determinar a melhor forma de comunicação com os seus integrantes e de divulgação do PSP, bem como da agenda de reuniões e de atividades.

7.f- Implantação dos protocolos de Segurança.

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: A instituição apresentou protocolo para segurança do paciente, revisado pela enfermeira Suellen Rodrigues Vaz COREN / MS 333.390 – IS. O documento contempla as seguintes estratégias:

- higienização das mãos;
- identificação do paciente;
- comunicação efetiva;
- prevenção de queda;
- prevenção de úlcera de pressão;
- administração segura de medicamentos;
- uso seguro de dispositivos intravenosos;
- procedimentos cirúrgicos seguros;
- administração segura de sangue e hemocomponentes;
- utilização segura de equipamentos;
- pacientes parceiros na sua segurança;
- formação de profissionais da saúde para o cuidado seguro.

Recomendação: Apresentar quadrimestralmente as atas de capacitação das equipes quanto aos protocolos escritos.

7.g - Notificação de eventos adversos no sistema NOTIVISA (pelo menos um evento por ao mês).

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: O hospital apresentou cópia do formulário de notificação de incidentes adverso, ou similar, emitido no Sistema NOTIVISA pela Unidade notificante. Reitera-se que os seguintes eventos adversos podem ser notificados ao NOTIVISA: Incidente/evento adverso durante procedimento cirúrgico; queda do paciente; úlcera por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado); reação adversa ao uso de medicamentos; inefetividade terapêutica de algum medicamento; erros de medicação que causaram ou não danos à saúde do paciente, por exemplo: troca de medicamentos no momento da administração; evento adverso decorrente do uso de artigo médico-hospitalar; reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea; evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético; evento adverso decorrente do uso de um produto saneante. E exemplos de notificação de queixas técnicas que podem ser feitas no NOTIVISA: Produto (todos listados acima, exceto sangue e

componentes) com suspeita de desvio de qualidade; produto com suspeita de estar sem registro; suspeita de produto falsificado.

Recomendação: que os membros do NSP identifiquem, analisem e notifiquem todos os incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os eventos adversos que ocorrem no serviço de saúde em atendimento ao artigo 10 da RDC nº 36/2013.

Indicador 8 - Existência de e/ou participação em Programa de Capacitação, Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Constatação: O hospital cumpriu a meta.

Evidência: A Instituição comprovou a realização da capacitação continuada no quadrimestre em ata nº 01 - dia 01 de abril de 2022. Dentre as formações de educação continuada foram realizadas: Procedimentos a serem adotados referentes à limpeza do hospital; Importância do uso adequado dos EPIs (botas, luvas, touca, máscara, óculos, etc). Ministrante: Enfª RT Suellen Vaz e Administrador Voleguimar Paimel de Queiroz. Presentes: equipe de limpeza, cozinha e lavanderia.

Recomendação: Apesar da meta cumprida, orientamos para:

- Que a Direção Hospitalar realize capacitações, no mínimo, a 70% dos funcionários permanentemente a cada seis meses, contemplando as seguintes fases: levantamento das necessidades, estabelecimento de metas e objetivos, estudo da viabilidade e definição de recursos, determinação dos programas e avaliação periódica dos resultados. Sugere-se ainda considerar as informações obtidas a partir da pesquisa de satisfação dos colaboradores.
- Tem um plano anual de capacitações internas.
- Realizar treinamentos semestrais dos protocolos implantados com as equipes médica e de enfermagem:
- Manter as comprovações das reuniões e capacitações com ata e lista de assinatura dos presentes.

9.3 EIXO DE AVALIAÇÃO

Indicador 9 - Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela Auditoria.

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: Ao aferir a satisfação de usuários atendidos pelo SUS, foram aplicados dois questionários: um questionário para avaliar a satisfação dos usuários utilizadas para as especialidades: cirúrgica, clínica e pediátrica; e outro questionário específico da avaliação de satisfação das puérperas. Para o primeiro questionário foram entrevistados 15 (quinze) usuários atendidos no primeiro quadrimestre de 2022, sendo especialidade: cirúrgico (5), clínico (6), pediátrico (4). Esse grupo apresentou satisfação positiva, resultando em 83 % de aprovação.

Para o questionário específico da avaliação de satisfação das puérperas, foram entrevistadas 15 (quinze) puérperas atendidas no primeiro quadrimestre de 2022. Esse grupo apresentou satisfação positiva, resultando em 85,5 % de aprovação. A média entre os dois grupos foi de 84,25 % de aprovação e foi pontuado com 100 pontos.

Indicador 10 – a) Avaliação da satisfação dos colaboradores - realizada pela Auditoria.

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: Na pesquisa de satisfação dos colaboradores do Hospital foi através do s de questionário estruturado, no qual foram inseridos 15 questionamentos, sendo respondidos individualmente e com campo para observação. O questionário foi respondido por 28 colaboradores e apresentou avaliação positiva. O percentual de satisfação dos colaboradores foi de 89,5% de satisfação.

b) Implantação de gestão participativa (dirigentes e trabalhadores).

Constatação: Meta cumprida.

Evidência: Apresentou o registro da reunião quadrimestral entre a Direção Administrativa e colaboradores para apresentação do relatório elaborado pela Auditoria, bem como para a definição de atribuições e responsabilidades por serviços prestados hospitalar e/ou profissional visando ao cumprimento das metas contratualizadas. Foi apresentada ata de reunião, Ata nº 01 de 01 de abril de 2022 para apresentação das metas quali-quantitativas onde participaram apenas a equipe de limpeza, cozinha e lavanderia.

Recomendação: Mesmo com a meta cumprida mantemos a recomendação de:

- realizar reuniões quadrimestral entre a direção administrativa do hospital com todos os colaboradores para apresentar o Relatório de Visita Técnica elaborado pelo componente municipal auditoria no período anterior, bem como para definição de atribuições e responsabilidades por serviços hospitalar e/ou profissional visando ao cumprimento das metas contratualizadas e busque atingir um número maior de colaboradores dos diversos setores, cumprindo a meta de $\geq 80\%$.

10. CONCLUSÃO

No que se refere ao cumprimento das metas qualitativas contratualizadas, o Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia obteve um total de **860 pontos**. Deste modo, fica aprovado o repasse de **100%** do valor previsto na faixa de desempenho do valor financeiro previsto, conforme Termo de Contratualização nº 001/2021, e em seu 4º termo aditivo com vigência até 30 de novembro de 2022.

Nas metas quantitativas, o hospital realizou **105,43%** das metas de internação nas cinco clínicas contratualizadas e na produção ambulatorial realizou **91,28%** das metas dos procedimentos de média complexidade.

Laécio dos Santos Oliveira
Auditoria em Saúde Pública
Mat. 2236

Cassilândia - MS
Laécio dos Santos Oliveira
Auditor - SUS- SMS

José Lourenço B.L. Marim
Secretário Municipal de Saúde