

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO									
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2017	MAI/2017	JUN/2017	Resultado no Período	Avaliado Como	
CPA	01	QT 1	Atender 100% as consultas e exames de UE ortopédicas no mês de referência (estimativa de 420 mês)	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 70% = 02 < 70% = 00	N=Nº Consultas e Exames	457	529	459	1.445	Pertinente
					D=Estimativa (420 Mês)	420	420	420	1.260	
					Resultado	108,81%	125,95%	109,29%	114,68%	
					Pontos	5	5	5	5	
					Análise:	A Comissão solicitou ao Gestor os relatórios do SIA para comprovação. Os documentos comprobatórios serão reformulados e encaminhados para apresentação futura, se necessário.				
Justificativa:										
Recomendação:	Manter o percentual de 100% ou mais.									
CPA	02	QT 2	Realizar 100% das cirurgias ortopedicas de média complexidade de U E (no mínimo 12 mês)	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 70% = 02 < 70% = 00	N=Nº Cirurgias Ortopéd.	41	57	45	143	Pertinente
					D=Estimativa (12 Mês)	12	12	12	36	
					Resultado	341,67%	475,00%	375,00%	397,22%	
					Pontos	5	5	5	5	
					Análise:	A Comissão solicitou ao Gestor os relatórios do SIHD para comprovação. Os documentos comprobatórios serão reformulados e encaminhados para apresentação no próximo período, se necessário.				
Justificativa:										
Recomendação:	A Comissão recomenda totalizar a quantidade de cirurgias por mês. E manter o percentual de 100% ou mais.									
CCPMIS	03	QT 3 (B03)	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Adulto. Produção anual: 2016 diárias	≥ 90% = 03 < 90% ≥ 80% = 02 < 80% ≥ 70% = 01 < 70% = 00	N=Pac.Dia UTI ADULTO	239	246	239	724	Pertinente
					D=Leitos-Dia SUS UTI ADU	240	248	240	728	
					Resultado	99,58%	99,19%	99,58%	99,45%	
					Pontos	3	3	3	3	
					Análise:	Quanto ao Documento Comprobatório enviado; os dados de pacientes-dia não batem com os dados informados no indicador equivalente B03 no Programa Santa Casa Sustentável. A Comissão de Monitoramento Regional considerando que no Programa Santa Casa sustentável, o indicador B03 (Equivalente à Meta QT3) está conforme, acorda que serão considerados os dados do B03 e que o Prestador pontua nesta Meta. O alcance do trimestre foi de 99,45% (Score 3).				
	Justificativa:	A Unidade informa que o detalhamento do relatório é realizado de forma diferente.								
	Recomendação:	Recomendamos adaptar o modelo de documento comprobatório utilizado no Programa Santa Casa Sustentável, indicador B03, acrescentando o quadro com o nº de internações e Pacientes-dia por município de procedência. Recomendamos, também, manter a Taxa de Ocupação em UTI ADULTO (SUS) acima de 90% até 100%.								
	04	QT 4	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Neonatal. Produção anual: 2520 diárias	≥ 90% = 03 < 90% ≥ 80% = 02 < 80% ≥ 70% = 01 < 70% = 00	N=Pac.Dia UTI NEONATAL	329	288	407	1.024	Pertinente
					D=Leitos-Dia SUS UTI NEO	300	310	300	910	
					Resultado	109,67%	92,90%	135,67%	112,53%	
Pontos					3	3	3	3	3	
Análise:					Quanto ao Documento Comprobatório enviado; o mesmo carece ser aprimorado informando o nº de leitos SUS em UTI NEONATAL; demonstrando o cálculo da meta e melhorando a qualificação do documento. O alcance do trimestre foi de 112,53%.					
Justificativa:	A Unidade informa que para poder atender a região, por ser referência de gestação de alto risco, a quantidade de leitos é insuficiente, ocasionando eventualmente a abertura de leito extra.									
Recomendação:	Recomendamos adaptar o modelo de documento comprobatório utilizado no Programa Santa Casa Sustentável, indicador B03, acrescentando o quadro com o nº de internações e Pacientes-dia por município de procedência. Recomendamos, também, manter a Taxa de Ocupação em UTI NEONATAL (SUS) acima de 90% até 100%.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO									
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2017	MAI/2017	JUN/2017	Resultado no Período	Avaliado Como	
05	QT 5 (B05)	Manter o tempo médio de permanência igual ou inferior a 7 dias na especialidade cirúrgica	< 7 dias = 02	<b>N=Pac.Dia Espec. Cirúrgica</b> <b>D=Saídas Espec. Cirúrgica</b> <b>Resultado</b> <b>Pontos</b>	559	539	526	1.624	Pertinente	
			≥ 7 dias <= 10 dias = 01		172	178	165	515		
			> 10 dias = 00		3,25	3,03	3,19	3,15		
					● 2	● 2	● 2	● 2		● 2
	<b>Análise:</b>	Quanto ao Documento Comprobatório enviado; melhorar a qualificação informando no cabeçalho o Código e a Descrição da Meta, colocar Local e Data de Assinatura. O alcance do trimestre foi de 3,15 dias (Score 2).								
	<b>Justificativa:</b>									
	<b>Recomendação:</b>	Recomendamos manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.								
06	QL 1 (A01)	Manter em 100% a atualização com a apresentação do relatório das alterações do CNES, gerado pelo SCNES e relatório de alterações do CNES, gerado pela unidade.	Não nos três meses = 00	<b>Resultado</b> <b>Pontos</b>	Sim	Sim	Sim		Pertinente	
			Sim em 01 mês = 01		● 1	● 1	● 1	● 3		● 3
			Sim em 02 meses = 02							
			Sim nos três meses = 03							
	<b>Análise:</b>	Quanto ao relatório com a data da última atualização no SCNES e ao documento descritivo informando as alterações realizadas, os documentos comprobatórios								
	<b>Justificativa:</b>									
	<b>Recomendação:</b>	Recomendamos manter o excelente nível alcançado.								
07	QL 2 (A11)	Implantar ações da Política Estadual da Humanização (PEH), apresentando relatório/mês das ações da elaboração do Plano Institucional de Humanização (PIH).	Sim = 02	<b>Resultado</b> <b>Pontos</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	
			Em implantação = 01		● 2	● 2	● 2	● 2		● 2
			Não = 00							
	<b>Análise:</b>	Apresentaram P.I.H. – Plano Institucional de Humanização.								
	<b>Justificativa:</b>									
	<b>Recomendação:</b>	Os relatórios devem ser através de memória de reunião realizada mensalmente com o Centro Integrado de Humanização (CIH) e o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) que evidenciem a implantação / implementação da Política Estadual de Humanização (PEH) com ênfase em ações para a linha de cuidado materno-infantil. Orientamos que os documentos sejam elaborados em papel timbrado, datados e assinados pelo responsável do Centro Integrado de Humanização (CIH) com lista de presença anexa constando: nome, cargo/função e assinatura. O Plano Institucional de Humanização (PIH), elaborado conforme a Resolução SS - 116, de 27-11-2012, deverá ser enviado trimestralmente junto com os demais documentos através do e-mail: nth.ras8@gmail.com								
08	QL 3 (A09)	Manter índice de satisfação do usuário SUS na maternidade igual ou superior a 80% de bom e ótimo	≥ 80% = 03	<b>N=Usuários Bom/Ótimo</b> <b>D=Usuários Pesquisa</b> <b>Resultado</b> <b>Pontos</b>	20	20	20	60	Pertinente	
			< 80% ≥ 70% = 02		20	20	20	60		
			< 70% ≥ 60% = 01		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		
			< 60% = 00		● 3	● 3	● 3	● 3		● 3
	<b>Análise:</b>	Apresentaram as informações mensais.								
	<b>Justificativa:</b>	Até a presente data o referencial utilizado na aplicação das pesquisas foi de 10% conforme recomendação do CEALAG.								
	<b>Recomendação:</b>	O modelo do formulário da Pesquisa de Satisfação deverá ser enviado trimestralmente através do e-mail: nth.ras8@gmail.com. Recomendamos a ampliação da aplicação das Pesquisas de Satisfação das pacientes internadas demonstrando o total do atendimento realizado no período e a representatividade das pesquisas respondidas.. Apresentar os documentos mensalmente e devidamente qualificado.								

ARTICULADOR HUMANIZAÇÃO

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2017	MAI/2017	JUN/2017	Resultado no Período	Avaliado Como		
CDQS	09	QL 4	Apresentar Investigação do nº de Óbitos materno e infantil pela maternidade com inserção dos profissionais envolvidos.	Sim = 02 Parcial = 01 Não = 00	Resultado	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial	<b>Não Pertinente</b>	
			Pontos	● 1	● 1	● 1	● 1	● 2			
			<b>Análise:</b>	Foi encaminhado para avaliação a documentação relacionada a investigação questionada pelo município de Itapeva, mas falta a lista de presença, Ata da reunião com os colaboradores, e intervenções relacionadas após discussão de equipe. Não foi apresentado documentação comprobatórias de reunião de equipe e intervenções realizadas dentro do período. A Comissão considerando a apresentação do documento complementar consensua que a Unidade pontua 2.							
			<b>Justificativa:</b>	A Unidade informa que as ações resultantes das avaliações da comissão de óbito estão registradas em documentos de comissões distintas e que enviou a Ata da Comissão de Obstetrícia visando comprovar o envolvimento da equipe após o período estipulado.							
		<b>Recomendação:</b>	Encaminhar Ata da reunião e lista de presença de participantes de reunião de equipe, relacionada a discussão de Óbitos maternos e infantis na instituição e demais documentos que entender pertinente para complementar as informações.								
CTAR	10	QL 5 (A15)	Manter atuantes a realização de reuniões das Comissões obrigatórias (Ética Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Prontuários)	Sim = 02 Parcial = 01 Não = 00	1- Ética Médica	Sim	Sim	Sim	Sim	<b>Pertinente</b>	
			2- Controle Infec. Hospit.	Sim	Sim	Sim	Sim				
			3- Óbito	Sim	Sim	Sim	Sim				
			4- Prontuários	Sim	Sim	Sim	Sim				
	Pontos	● 2,00	● 2,00	● 2,00	● 2,00	● 2,00					
	<b>Análise:</b>	Comissões atuantes.									
	<b>Justificativa:</b>	A Unidade informa que Comissão de Revisão de Prontuários já é registrada a ação tomada frente a ilegibilidade na Ata, não havendo a necessidade de gerar um Plano de Ação.									
	<b>Recomendação:</b>	CCIH - dados incompatíveis com os relatórios enviados para a GVE (não houve infecção em GO nos meses de abril, maio e junho?) CEM - reuniões bimensais, porém não anexou regimento. CRO - planos de ação ? CRP - análise dos prontuários? Planos de ação?									
	11	QL 6	Manter protocolos de referência e contra-referência no ambulatório de ortopedia trauma de Urgência/Emergência	Sim = 02 Em implantação = 01 Não = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	<b>Pertinente</b>	
			Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2	● 2			
			<b>Análise:</b>	Protocolo de Refereciamento definido.							
			<b>Justificativa:</b>								
	<b>Recomendação:</b>	Definir periodicidade de Revisão do Protocolo, visto que não possui atualização desde abril/2015.									
12	QL 7 (B07)	Manter taxa de Mortalidade Institucional menor que 5%.	≤ 03% = 02 > 03 ≤ 05 = 01 > 05% = 00	N=Nº Óbitos após 24h	35	34	43	112	<b>Não Pertinente</b>		
		D=Total Saídas	789	725	713	2.227					
		Resultado	4,44%	4,69%	6,03%	5,03%					
		Pontos	● 1	● 1	● 0	● 0	● 0				
<b>Análise:</b>	Taxa de Mortalidade Institucional acima de 5%.										
<b>Justificativa:</b>	A Unidade refere que pelo Plano Operativo a meta é menor de 5%.										
<b>Recomendação:</b>	Definir Plano de Ação para redução das taxas apresentadas.										
13	QL 8 (B08)	Apresentar relatório mensal com os Indicadores de infecção hospitalar padronizados pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE)	Sim = 02 Não = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	<b>Pertinente</b>		
		Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2	● 2				
		<b>Análise:</b>	Relatórios apresentados segundo padronização definida.								
		<b>Justificativa:</b>									
<b>Recomendação:</b>	Parâmetros analisados deverão seguir os seguintes valores: DI PN x VM (18%) DI IPCS (<30% 3 ANOS) DI IU x SV (<7,4%).										

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO								
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2017	MAI/2017	JUN/2017	Resultado no Período	Avaliado Como
<b>RESUMO</b>	<b>META</b>		<b>PONTOS POSSÍVEIS</b>	<b>RESULTADO APRESENTADO</b>	<b>RESULTADO AVALIAÇÃO</b>	<b>% ALCANCE AVALIAÇÃO</b>			
	META QUANTITATIVA		18,00	18,00	18,00	100,00%			
	META QUALITATIVA		18,00	15,00	16,00	88,89%			
	TOTAL.....		<b>36,00</b>	<b>33,00</b>	<b>34,00</b>	<b>94,44%</b>			
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS</b>		Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências ABR/2017, MAI/2017 e JUN/2017, realizada no dia 03/08/2017 às 09:30hs na Sala de Apoio I do DRS XVI SOROCABA.							