

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JAN/2019	FEV/2019	MAR/2019	Resultado no Período	Avaliado Como	Cumpriu a Meta ?	
NORS	01	QT 1	Atender 100% as consultas de UE ortopédicas no mês de referência (estimativa de 420 mês)	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 70% = 02 < 70% = 00	N=Nº Consultas	654	521	570	1.745	Pertinente	Sim
					D=Estimativa (420 Mês)	420	420	420	1.260		
					Resultado	155,71%	124,05%	135,71%	138,49%		
					Pontos	5	5	5	5		
Análise:			O prestador apresentou média mensal de 582 atendimentos no trimestre e de acordo com o documento comprobatório cumpriu a meta estabelecida								
Justificativa:											
Recomendação:			O número de consultas médicas excedem a pactuação para um número pequeno de procedimentos cirúrgicos.								
NORS	02	QT 2	Realizar 100% das cirurgias ortopédicas de média complexidade de U.E. (no mínimo 12 mês)	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 70% = 02 < 70% = 00	N=Nº Cirurgias Ortopéd.	12	12	12	36	Pertinente	Sim
					D=Estimativa (12 Mês)	12	12	12	36		
					Resultado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		
					Pontos	5	5	5	5		
Análise:			A média de produção ficou dentro do estabelecido no plano de trabalho.								
Justificativa:											
Recomendação:			Continuar enviando a produção total dos procedimentos de ortopedia.								
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	242	221	242	705	Pertinente	Sim
					D=Leitos-Dia SUS UTI ADU	248	224	248	720		
					Resultado	97,58%	98,66%	97,58%	97,92%		
					Pontos	3	3	3	3		
Análise:			Quanto aos documentos comprobatórios anexados, foi suprimido o campo nº de leitos SUS (Campo B) e a coluna nº de internações no quadro com o detalhamento por município de procedência. O percentual de alcance do trimestre foi de 97,92% (Score 3). Apreciação da Proposta de alteração do Plano de Trabalho (Apresentada no 4º Trimestre/2018): Entende-se a taxa de ocupação como meta qualitativa e não quantitativa. UTI Adulto e UTI Neonatal sendo avaliadas como uma única meta. Aconselhamos individualizar as metas, assim como era antes. Observa-se que foi suprimida da meta a produção de diárias.								
Justificativa:											
Recomendação:			Manter o percentual acima de 90% até 100%. A Comissão solicita a inclusão do campo nº de leitos SUS (Campo B) e da coluna nº de internações no quadro com o detalhamento por município de procedência no documento comprobatório, a partir da competência ABRIL/2019.								

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										Cumpriu a Meta ?
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JAN/2019	FEV/2019	MAR/2019	Resultado no Período	Avaliado Como		
CCPMIS	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	311	199	359	869	Pertinente	Sim
					D=Leitos-Dia SUS UTI NEO	310	280	310	900		
					Resultado	100,32%	71,07%	115,81%	96,56%		
					Pontos	3	1	3	3		
					Nº Intern. UTI NEONATAL				0		
				Nº Leitos UTI NEONATAL	10	10	10				
	Análise:	Quanto aos documentos comprobatórios anexados, foi suprimido o campo nº de leitos SUS (Campo B) e a coluna nº de internações no quadro com o detalhamento por município de procedência. Esclarecer o motivo das altas taxas de ocupação das competências JAN/2019 e MAR/2019, estas taxas destoam do que se tem historicamente observado. O percentual de alcance do trimestre foi de 96,56% (Score 3). <u>Apreciação da Proposta de alteração do Plano de Trabalho (Apresentada no 4º Trimestre/2018):</u> Entende-se a taxa de ocupação como meta qualitativa e não quantitativa. UTI Adulto e UTI Neonatal sendo avaliadas como uma única meta. Aconselhamos individualizar as metas, assim como era antes. Observa-se que foi suprimida da meta a produção de diárias.									
	Justificativa:	O prestador informa que as altas taxas de ocupação se devem à utilização de leitos extras.									
	Recomendação:	Manter o percentual acima de 90% até 100%. A Comissão solicita a inclusão do campo nº de leitos SUS (Campo B) e da coluna nº de internações no quadro com o detalhamento por município de procedência no documento comprobatório, a partir da competência ABRIL/2019.									
CCPMIS	05	QT 5 (B05)	Manter o tempo médio de permanência igual ou inferior a 7 dias na especialidade cirúrgica	< 7 dias = 02 ≥ 7 dias <= 10 dias = 01 > 10 dias = 00	N=Pac.Dia Espec. Cirúrg.	552	426	503	1.481	Pertinente	Sim
					D=Saídas Espec. Cirúrgica	187	138	186	511		
					Resultado	2,95	3,09	2,70	2,90		
					Pontos	2	2	2	2		
	Análise:	O alcance do trimestre foi de 2,90 dias (Score 2). <u>Apreciação da Proposta de alteração do Plano de Trabalho (Apresentada no 4º Trimestre/2018):</u> Entende-se o tempo médio de permanência como meta qualitativa e não quantitativa.									
	Justificativa:										
	Recomendação:	Manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.									
CCPMIS	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 Sim em 01 mês = 01 Sim em 02 meses = 02 Sim nos três meses = 03	Resultado	Sim	Sim	Sim		Pertinente	Sim
					Pontos	1	1	1	3	3	
					Nº Alterações Relatadas	43	36	35	114	100,00%	
					Nº Alteraç. não Relatadas	0	0	0	0	0,00%	
					Nº Alteraç. Inconsistentes	1	0	0	1	0,88%	
	Análise:	Quanto ao documento comprobatório relatório com a data da última atualização; está em conformidade em todo o trimestre avaliado. Quanto ao documento descritivo informando as alterações realizadas no SCNES; na competência JAN/2019 foram informadas 43 alterações sendo 1 inconsistente; na competência FEV/2019 foram informadas 36 alterações e na competência MAR/2019 foram informadas 35 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional considerando que ocorreu apenas uma inconsistência, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3).									
	Justificativa:										
	Recomendação:	Acompanhar as alterações publicadas no Portal CNESWEB, buscando relatar as alterações realizadas.									

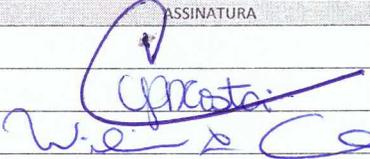
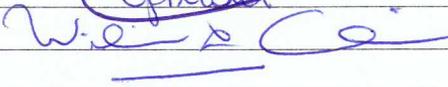
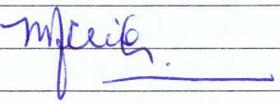
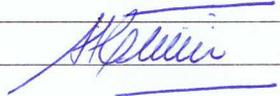
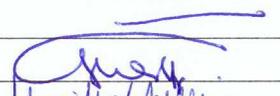
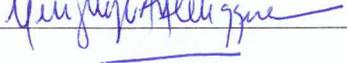
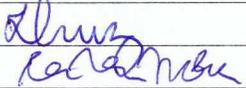
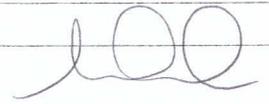
Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO													
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JAN/2019	FEV/2019	MAR/2019	Resultado no Período	Avaliado Como	Cumpriu a Meta ?				
NTH	07	QL 2 (A11)	Implantar ações da Política Estadual da Humanização (PEH), apresentando relatório/mês das ações da elaboração do Plano Institucional de Humanização (PIH).	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim			
				Em implantação = 01		Pontos	2	2	2			2		
				Não = 00	Análise: A unidade enviou relatórios trimestrais e tem implementado as ações conforme Plano Institucional de Humanização (PIH) apresentado.									
				Justificativa:										
Recomendação: Conforme alinhamento com NTH a unidade deve enviar as informações trimestralmente através dos modelos padrão de relatórios utilizados para o acompanhamento de todos os programas do Estado, demonstrando a implementação da Política Estadual de Humanização (PEH) de acordo com o Plano Institucional de Humanização (PIH) já enviado. Orientamos que os documentos sejam datados e assinados pelo responsável do CIH constando: nome, cargo/função, e-mail e assinatura, enviados C/C para o e-mail: nth.rras8@gmail.com.Rever o Score desta meta no Plano Operativo.														
NTH	08	QL 3	Manter índice de satisfação do usuário SUS na maternidade igual ou superior a 80% de bom e ótimo	≥ 80% = 03	N=Usuários Bom/Ótimo	134	115	155	404	Pertinente	Sim			
				< 80% ≥ 70% = 02		D=Usuários Pesquisa	144	122	164			430		
				< 70% ≥ 60% = 01	Resultado	93,06%	94,26%	94,51%	93,95%	3				
				< 60% = 00	Pontos	3	3	3	3					
Análise: A unidade apresentou as informações mensais. Verificado que todos os itens avaliados nos três meses apresentaram índice ≥ 80%.														
Justificativa:														
Recomendação: Ocorreu alinhamento referente a metodologia e a apresentação dos dados deve permanecer mensal.Rever o Score desta meta no Plano Operativo.														
CPA	09	QL 4	Apresentar Investigação do nº de Óbitos materno e infantil pela maternidade com inserção dos profissionais envolvidos.	Sim = 02	Resultado	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial	Pertinente	Parcial			
				Parcial = 01		Pontos	1	1	1			1		
				Não = 00	Análise: O prestador encaminhou Atas da Comissão de revisão de prontuários obstétricos, e ofícios encaminhados à gestora municipal com os óbitos analisados pela Comissão de revisão de óbitos. Não foi encaminhada documentação que comprove implementação de ações após estas análises.									
Justificativa:														
Recomendação: Encaminhar documentos comprobatórios de ações desenvolvidas pela instituição frente aos problemas levantados nas discussões da Comissão de óbitos (lista de orientações, reuniões, reavaliação de processos de trabalho, treinamentos ou o que couber).														
CTAR	10	QL 5 (A15)	Manter atuantes a realização de reuniões das Comissões obrigatórias (Ética Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Prontuários)	Sim = 02	1- Ética Médica	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim			
				Parcial = 01		2- Controle Infec. Hospit.	Não	Sim	Sim			Sim		
				Não = 00	3- Óbito	Sim	Sim	Sim	Sim					
				4- Prontuários	Sim	Sim	Sim	Sim						
Pontos									1,50	2,00	2,00	2,00	2,00	
Análise: Comissão de Ética - não apresentou ATA contendo resumo ou relatório de suas reuniões, documentos sem timbre do hospital. Comissão de Infecção Hospitalar não anexou lista de presença no mês de janeiro. Comissão de Revisão de Óbitos atuante, porém o número de óbitos institucionais de janeiro (35) não condiz com aquele informado no indicador B7 (31), assim como o número de óbitos informado em fevereiro (36 para 32).														
Justificativa:														
Recomendação: Comissões devem ser atuantes segundo o preconizado pela Comissão Técnica de Avaliação.														
CTAR	11	QL 6	Manter protocolos de referência e contra-referência no ambulatório de ortopedia trauma de Urgência/Emergência	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim			
				Em implantação = 01		Pontos	2	2	2			2		
				Não = 00	Análise: Protocolos atualizados.									
Justificativa:														
Recomendação: Manutenção.														

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO													
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JAN/2019	FEV/2019	MAR/2019	Resultado no Período	Avaliado Como	Cumriu a Meta ?				
CTAR	12	QL 7 (B07)	Manter taxa de Mortalidade Institucional menor que 5%. ≤ 03% = 02 > 03 ≤ 05 = 01 > 05% = 00	N=Nº Óbitos após 24h	31	32	31	94	Pertinente	Sim				
				D=Total Saídas	702	630	725	2.057						
				Resultado	4,42%	5,08%	4,28%	4,57%						
				Pontos	1	0	1	1						
Análise:			Altas Taxas de Mortalidade Institucional (SUS).											
Justificativa:														
Recomendação:			Elaborar Plano de Ação para redução das taxas.											
CTAR	13	QL 8 (B08)	Apresentar relatório mensal com os Indicadores de infecção hospitalar padronizados pelo Grupo de Vigilância Epidemiológico (GVE) Sim = 02 Não = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim				
				Pontos	2	2	2	2						
				Análise:			Relatórios apresentados segundo protocolo definido pela Comissão Técnica de Avaliação.							
				Justificativa:										
Recomendação:			Parâmetros analisados deverão seguir os seguintes valores: DI PN x VM (18%) DI IPCS (<30% 3 ANOS) DI IU x SV (<7,4%).											
RESUMO			META	PONTOS POSSÍVEIS	RESULTADO APRESENTADO	RESULTADO AVALIAÇÃO	% ALCANCE AVALIAÇÃO	CUMPRIMENTO DAS METAS	Nº METAS	%				
			META QUANTITATIVA	18,00	18,00	18,00	100,00%	CUMPRIDAS	12	92,31%				
			META QUALITATIVA	18,00	16,00	16,00	88,89%	CUMPRIDAS PARCIALMENTE	1	7,69%				
			TOTAL.....	36,00	34,00	34,00	94,44%	NÃO CUMPRIDAS	0	0,00%				
OBSERVAÇÕES GERAIS			Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências JAN/2019, FEV/2019 e MAR/2019, realizada no dia 27/05/2019 às 14:00hs no Auditório do DRS XVI SOROCABA.											

LISTA DE PRESENÇA
REUNIÃO PRO SANTA CASA 2 (2019)

Hospital Avaliado: Santa Casa de Itapeva
Data: 27/05/2019 – Horário: 14:00 hs

Período: 1º TRIMESTRE/2019 (Janeiro, Fevereiro e Março)
Local: Auditório (DRS XVI)

INSTITUIÇÃO		NOME	R.G.	ASSINATURA
COORDENAÇÃO	Titular	Patrícia Dutra dos Santos Monteiro	23.067.379-X	
	Suplente	Marisa Rodrigues Rosa Costa	16.188.503-2	
DRS / CCPMIS / NMDIS	Titular	William Fernando de Oliveira	15.941.672-3	
	Suplente	Valdirene Cristina de Oliveira		
DRS / CGA / PRESTAÇÃO DE CONTAS	Titular	Maria Angela Elias Cavalcante	13.812.875-3	
	Suplente			
	Suplente			
DRS / CPA / CTAR	Titular	Dr. Sérgio Alexandre de Oliveira	20.330.774	
	Suplente	Dra. Maria Cristina Franco Coelho Acorsi	25.254.295-2	
DRS / CPA / NAM	Titular	Mariana Rossi Bonacasata		
	Suplente	Cristiane Gonçalves da Costa	25.252.087-0	
DRS / CPA / NTH	Titular	Merigley Carvalho de Arruda Albuquerque	24.451.472-0	
	Suplente	Patrícia Dutra dos Santos Monteiro	23.067.379-X	
Apoiador Cosems	Titular	Nielse C. M. Fattori	10.906.282-6	
Santa Casa de Itapeva	Titular	Fabiana Silva G Almeida Cruz	30492.508-1	
	Suplente	Cleverson Valentim Nobre	26.626.326-4	
SMS Itapeva	Titular	Maria Eliza Ferraresi	9.301.936-1	
	Suplente	Paulo Henrique Santos Gonçalves	33.992.105-5	
SMS Aplai	Titular	Ricardo Ieão Silva	34.202.005-5	
	Suplente	Pedro Cesar M Ramos	40.209.009-3	
SMS Itapirapuã Paulista	Titular	Juliana Maria Teixeira Costa	83.129.875	
	Suplente	Carina de Fátima Costa Vale		
SMS Guapiara	Titular	Jedson Walla Valle de Lima	39.231.001	
	Suplente			
SMS Buri	Titular			
	Suplente			

DRS 16

Ana maria de Oliveira G4.558.738-2