

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO											Cumpriu a Meta ?
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2019	MAI/2019	JUN/2019	Resultado no Período	Avaliado Como			
NAMR	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	709	648	580	1.937	Pertinente	Sim	
					D=Estimativa (420 Mês)	420	420	420	1.260			
					Resultado	168,81%	154,29%	138,10%	153,73%			
					Pontos	5	5	5	5			
Análise:			Prestador cumpriu a meta. Apresentou documentação com número de atendimentos por município.									
Justificativa:												
Recomendação:			Manter os atendimentos conforme a meta pactuada.									
NAMR	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.	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:			As planilhas encaminhadas apresentam cirurgias realizadas em meses anteriores ao período.									
Justificativa:												
Recomendação:			Encaminhar documentação que comprove a realização de cirurgias conforme a meta pactuada.									
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	249	293	282	824	Pertinente	Sim	
					D=Leitos-Dia SUS UTI ADU	240	248	240	728			
					Resultado	103,75%	118,15%	117,50%	113,19%			
					Pontos	3	3	3	3			
Análise:			<p>O documento comprobatório apresentado está em conformidade em todas as competências do trimestre avaliado. O percentual de alcance do trimestre foi de 113,19% (Score 3). Observa-se que a taxa de ocupação ultrapassa 100% em todas as competências do trimestre avaliado. <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.</p>									
Justificativa:			O prestador informa que a Unidade de Terapia Intensiva possui 10 leitos cadastrados, sendo 8 leitos para SUS e 2 leitos para os demais convênios, no mês de abril devido a necessidade foram utilizados leitos de convênio por paciente SUS, ocasionando a taxa de ocupação maior que 100%.									
Recomendação:			Manter o percentual acima de 90% até 100%.									
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	326	279	291	896	Pertinente	Sim	
					D=Leitos-Dia SUS UTI NEO	300	310	300	910			
					Resultado	108,67%	90,00%	97,00%	98,46%			
					Pontos	3	3	3	3			
Análise:			<p>O documento comprobatório apresentado está em conformidade em todas as competências do trimestre avaliado. Observa-se que a taxa de ocupação ultrapassa 100% na competência ABR/2019. O percentual de alcance do trimestre foi de 98,46% (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.</p>									
Justificativa:			O prestador informa que a alta taxa de ocupação da competência ABR/2019 se deve à utilização de leitos extras.									
Recomendação:			Manter o percentual acima de 90% até 100%.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										Cumpriu a Meta ?			
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2019	MAI/2019	JUN/2019	Resultado no Período	Avaliado Como					
CCPMIS	05	QT 5 (B05)	Manter o tempo médio de permanência igual ou inferior a 7 dias na especialidade cirúrgica	< 7 dias = 02	N=Pac.Dia Espec. Cirúrg.	537	495	536	1.568	Pertinente	Sim			
				≥ 7 dias <= 10 dias = 01	D=Saídas Espec. Cirúrgica	154	165	181	500					
				> 10 dias = 00	Resultado	3,49	3,00	2,96	3,14					
				Pontos	2	2	2	2						
Análise:			O documento comprobatório apresentado está em conformidade em todas as competências do trimestre avaliado. O alcance do trimestre foi de 3,14 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	Resultado	Sim	Sim	Sim		Pertinente	Sim			
				Sim em 01 mês = 01	Pontos	1	1	1	3	3				
				Sim em 02 meses = 02	Nº Alterações Relatadas	17	29	35	81	96,43%				
				Sim nos três meses = 03	Nº Alteraç. não Relatadas	0	1	2	3	3,57%				
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 ABR/2019 foram informadas 17 alterações; na competência MAI/2019 foram informadas 29 alterações e constatada 1 alteração não relatada e na competência JUN/2019 foram informadas 35 alterações sendo 1 inconsistente e constatada 2 alterações não relatadas. A Comissão de Monitoramento Regional considerando o pequeno volume de problemas verificados, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3).											
Justificativa:														
Recomendação:			Acompanhar as alterações publicadas no Portal CNESWEB, buscando relatar as alterações realizadas.											
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	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.ras8@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	139	132	102	373	Pertinente	Sim			
				< 80% ≥ 70% = 02	D=Usuários Pesquisa	141	136	103	380					
				< 70% ≥ 60% = 01	Resultado	98,58%	97,06%	99,03%	98,16%					
				< 60% = 00	Pontos	3	3	3	3			3		
Análise:			A unidade apresentou as informações mensais. Verificado que todos os itens avaliados nos três meses apresentaram índice ≥ 80% e a média do trimestre é de 98,58%											
Justificativa:														
Recomendação:			Manter a regularidade na aplicação da pesquisa e aumentar gradativamente. Analisar os eventuais apontamentos regulares. Rever o Score desta meta no Plano Operativo.											
Análise:														

MATRIZ DE INDICADORES PLANO OPERATIVO - PRÓ SANTA CASA 2 - SANTA CASA DE ITAPEVA (2º TRIM/2019)

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										Cumpriu a Meta ?				
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2019	MAI/2019	JUN/2019	Resultado no Período	Avaliado Como						
CPA	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	Não	Não	Não	Não	Pertinente	Não				
			Pontos	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0							
			Análise:	Prestador não enviou registro de óbitos no período (não houve??). Encaminhou apenas documentos referentes à Comissão de revisão de prontuários e orientações às gestantes.											
			Justificativa:	O prestador informa que a partir de agosto iniciou um novo formato de análise dos óbitos, facilitando assim a comprovação deste indicador para as próximas competências.											
			Recomendação:	Favor encaminhar material conforme a meta pactuada: ocorrências de óbitos (materno e infantil) nos 3 meses do período, ou declaração de ausência de óbitos, se for o caso; 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 Parcial = 01 Não = 00	1- Ética Médica	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim				
					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			
Análise:	Comissões atuantes.														
Justificativa:															
Recomendação:	Manter comissões 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 Em implantação = 01 Não = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim				
					Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2	● 2					
					Análise:	Protocolos atualizados.									
					Recomendação:	Manutenção.									
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	45	59	51	155	Pertinente	Não				
					D=Total Saídas	903	941	949	2.793						
					Resultado	4,98%	6,27%	5,37%	5,55%						
					Pontos	● 1	● 0	● 0	● 0			● 0			
Análise:	Altas Taxas de Mortalidade Institucional (GERAL).														
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	● 2					
					Análise:	Relatórios apresentados segundo protocolo definido pela Comissão Técnica de Avaliação.									
					Recomendação:	Parâmetros analisados deverão seguir os seguintes valores: DI PN x VM (18%) DI IPCS (<30% 3 ANOS) DI IU x SV (<7,4%).									

MATRIZ DE INDICADORES PLANO OPERATIVO - PRÓ SANTA CASA 2 - SANTA CASA DE ITAPEVA (2º TRIM/2019)

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO									Cumpriu a Meta ?
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2019	MAI/2019	JUN/2019	Resultado no Período	Avaliado Como	
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	11	84,62%		
	META QUALITATIVA	18,00	14,00	14,00	77,78%	CUMPRIDAS PARCIALMENTE	0	0,00%		
	TOTAL.....	36,00	32,00	32,00	88,89%	NÃO CUMPRIDAS	2	15,38%		
OBSERVAÇÕES GERAIS	Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências ABR/2019, MAI/2019 e JUN/2019, realizada no dia 27/09/2019 às 10:00hs na Sala de Apoio do DRS XVI SOROCABA.									

LISTA DE PRESENÇA


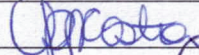
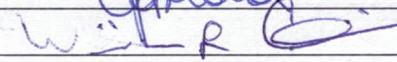
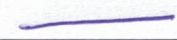
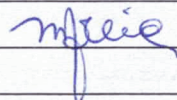
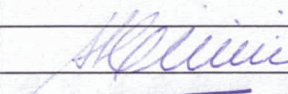

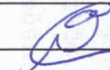




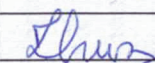
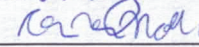



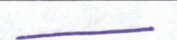


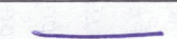
REUNIÃO PRO SANTA CASA 2 (2019)

Período: 2º TRIMESTRE/2019 (Abril, Maio e Junho)

Hospital Avaliado: Santa Casa de Itapeva

Data: 27/09/2019 – Horário: 10:00 hs

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		
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 Apiai	Titular	Ricardo leão 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			