

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO									
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JAN/2018	FEV/2018	MAR/2018	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	814	644	706	2.164	Pertinente
					D=Estimativa (420 Mês)	420	420	420	1.260	
					Resultado	193,81%	153,33%	168,10%	171,75%	
					Pontos	5	5	5	5	5
					Análise:	Dúvidas: Na planilha foi inserido apenas o custo ambulatorial? Poucos municípios aparecem no relatório do NIR, discriminar recusas. Explicar o motivo de algumas recusas em subespecialidades da Ortopedia. Percebe-se no mês de janeiro o mesmo número de aceites e recusas para os mesmos municípios. A Comissão continua solicitando ao Gestor os relatórios do SIA para comprovação.				
Justificativa:										
Recomendação:	Percebe-se quantitativo alto de consultas e exames para poucas cirurgias realizadas. Sugerimos verificação pelo município da possibilidade de revisão do pactuação com o objetivo de proporcionar maior resolutividade ao paciente. Novamente solicitamos o envio da listagem dos pacientes atendidos em consultas.									
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.	12	12	12	36	Pertinente
					D=Estimativa (12 Mês)	12	12	12	36	
					Resultado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
					Pontos	5	5	5	5	5
					Análise:	De acordo com o documento apresentado o prestador cumpriu a meta estabelecida.				
Justificativa:										
Recomendação:	Recomendamos a inserção no documento do nº da AIH.									
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	240	222	246	708	Pertinente
					D=Leitos-Dia SUS UTI ADU	248	224	248	720	
					Resultado	96,77%	99,11%	99,19%	98,33%	
					Pontos	3	3	3	3	3
					Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 98,33% (Score 3).				
Justificativa:										
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	287	273	271	831	Pertinente
					D=Leitos-Dia SUS UTI NEO	310	280	310	900	
					Resultado	92,58%	97,50%	87,42%	92,33%	
					Pontos	3	3	2	3	3
					Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 92,33% (Score 3).				
Justificativa:	A Unidade informa que iniciou a reforma nas instalações da UTI Neonatal na competência MAR/2018.									
Recomendação:	Manter a Taxa de Ocupação em UTI NEONATAL (SUS) acima de 90% até 100%.									
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.	487	426	504	1.417	Pertinente
					D=Saídas Espec. Cirúrgica	153	139	168	460	
					Resultado	3,18	3,06	3,00	3,08	
					Pontos	2	2	2	2	2
					Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 3,08 dias (Score 2).				
Justificativa:										
Recomendação:	Manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO								
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JAN/2018	FEV/2018	MAR/2018	Resultado no Período	Avaliado Como
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	3	Pertinente
			Sim em 01 mês = 01						
			Sim em 02 meses = 02	Pontos	1	1	1	3	3
			Sim nos três meses = 03						
		<b>Análise:</b>	Quanto ao documento comprobatório relatório com a data da última atualização, está em conformidade em todas as competências do trimestre avaliado. Quanto ao documento descritivo informando as alterações realizadas no SCNES; na competência JAN/2018 foram informadas 19 alterações; na competência FEV/2018 foram informadas 20 alterações sendo 3 inconsistentes e na competência MAR/2018 foram informadas 21 alterações e foi constatada 1 alteração não relatada. A Unidade informa que as 3 inconsistências da competência FEV/2018 se devem ao não apagamento de informações da competência anterior da planilha modelo utilizada. A Comissão de Monitoramento Regional considerando a justificativa da Unidade e a evidência da causa da inconsistência, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3).						
		<b>Justificativa:</b>							
		<b>Recomendação:</b>	Relatar todas as alterações realizadas e atentar para a qualificação das alterações relatadas.						
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
			Em implantação = 01						
			Não = 00	Pontos	2	2	2	2	2
				<b>Análise:</b>	A unidade tem implementado as ações conforme Plano Institucional de Humanização (PIH).				
		<b>Justificativa:</b>							
		<b>Recomendação:</b>	Manter: Os relatórios mensais tem sido apresentados, são atas das reuniões realizadas pelo Centro Integrado de Humanização (CIH) e o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) que demonstram a implementação da Política Estadual de Humanização (PEH) de acordo com o Plano Institucional de Humanização (PIH) já enviado. As orientações têm sido atendidas referentes aos documentos serem elaborados em papel timbrado, datados e assinados pelo responsável do CIH com lista de presença anexa constando: nome, cargo/função, e-mail e assinatura, enviados através do e-mail: nth.ras8@gmail.com.						
08	QL 3	Manter índice de satisfação do usuário SUS na maternidade igual ou superior a 80% de bom e ótimo	≥ 80% = 03	Resultado	110	110	132	352	Pertinente
			< 80% ≥ 70% = 02						
			< 70% ≥ 60% = 01	D=Usuários Pesquisa	117	130	144	391	
			< 60% = 00	Pontos	3	3	3	3	3
		<b>Análise:</b>	Verificado que todos os itens avaliados nos três meses apresentaram índice ≥ 80% conforme os documentos comprobatórios apresentados.						
		<b>Justificativa:</b>							
		<b>Recomendação:</b>	Manter a apresentação mensal das informações.						
09	QL 4	Apresentar Investigação do nº de Óbitos materno e infantil pela maternidade com inserção dos profissionais envolvidos.	Sim = 02	Resultado	Não	Parcial	Não	Não	Pertinente
			Parcial = 01						
			Não = 00	Pontos	0	1	0	0	0
				<b>Análise:</b>	A instituição encaminhou as Atas da comissão sem as devidas comprovações de ações realizadas, orientada a encaminhar documentos comprobatórios, após encaminhou ações que são realizadas como rotina, não sobre a perspectiva de atuação para mudança Ex: curso de gestante mensurar a efetividade da ação, avaliação da adesão das mães forma de repassar a intensão com a atividade, discussão com quem executa a atividade (Universidades quem apoia a ação).				
		<b>Justificativa:</b>							
		<b>Recomendação:</b>	Oriento que nas próximas reuniões encaminhe as ações desenvolvidas pela instituição sobre os problemas levantados nas discussões dos comites de Obitos e Prontuários ( lista de orientações, reuniões, reavaliações de processo, treinamentos ou o que couber). Esclareço que não sera mais aceito as Atas como documento comprobatório, para este indicador para pontuação.						

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO												
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JAN/2018	FEV/2018	MAR/2018	Resultado no Período	Avaliado Como				
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			
					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>												
	<b>Recomendação:</b>		Manter Comissões atuantes.										
	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			
					Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2	● 2			
					<b>Análise:</b>		Protocolo atualizado nos moldes adequados de gestão de qualidade.						
					<b>Justificativa:</b>		Protocolo atualizado em 29/11/2017 apresentado durante a reunião de avaliação.						
	<b>Recomendação:</b>		Atualizar protocolo segundo periodicidade pré-estabelecida de 6 meses a 1 ano.										
12	QL 7 (B07)	Manter taxa de Mortalidade Institucional menor que 5%.	≤ 03% = 02 > 03 ≤ 05 = 01 > 05% = 00	N=Nº Óbitos após 24h	36	34	50	120	Pertinente				
				D=Total Saídas	617	589	705	1.911					
				Resultado	5,83%	5,77%	7,09%	6,28%					
				Pontos	● 0	● 0	● 0	● 0		● 0			
<b>Análise:</b>		Taxas de mortalidade institucional elevadas.											
<b>Justificativa:</b>													
<b>Recomendação:</b>		Elaborar Plano de Ação.											
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				
				Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2	● 2				
				<b>Análise:</b>		Relatórios enviados.							
				<b>Justificativa:</b>		A entidade se prontifica a enviar nas próximas avaliações os parâmetros comparativos relacionados aos indicadores em questão - Projeto 50+.em parceria com a FEHOSP.							
<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%).											
<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	14,00	14,00	77,78%							
		TOTAL.....	36,00	32,00	32,00	88,89%							
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS</b>		Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências JAN/2018, FEV/2018 e MAR/2018, realizada no dia 11/05/2018 às 09:30hs na Sala de Apoio I do DRS XVI SOROCABA.											



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SOROCABA - DRS XVI

LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO PRÓ-SANTA CASA 2

DATA: 11/05/2018 – Horário: 09h30min

LOCAL: AUDITÓRIO - DRS XVI

AValiação DO 1º TRIMESTRE/2018

BENEFICIÁRIO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITAPEVA

INSTITUIÇÃO	TITULAR/ SUPLENTE	RG	ASSINATURA
DRS/CCPM/NMDIS	ADRIANA ROLIM RIBEIRO	24.755.071-1	
DRS/CCPMIS/NMDIS	WILLIAM FERNANDO DE OLIVEIRA	15.941.672-3	
DRS/CPA/CTAR	PAULO CESAR PUPO	11.307.760-9	
DRS/CPA/CTAR	SÉRGIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA	20.330.774	
DRS/CDQS	PATRÍCIA DUTRA DOS SANTOS MONTEIRO	23.067.379-X	
DRS/CDQS	JÉSSICA ALESSANDRA PEREIRA	25.902.597-5	
DRS/CPA	ALESSANDRA CIPRIANO SOARES	24.705.385.5	
DRS/NTH	MERIGLEY CARVALHO DE ARRUDA ALBUQUERQUE	24.451.472-0	
DRS/CPA/NAM	CRISTIANE GONÇALVES DA COSTA	25.252.089.0	
DRS/CPA/NR	MARIA JUSTINA SANTOS NALI LANDULFO	22.209.367.5	
DRS/CGA	MARIA ANGELA ELIÁS CAVALCANTI	13.812.875-3	
DRS/CGA	VERA LÚCIA PEDROSO	11.299.172-5	
SANTA CASA DE ITAPEVA	FABIANA SILVA GONÇALVES ALMEIDA CRUZ	30.492.508-1	
SANTA CASA DE ITAPEVA	CLEVERSON VALENTIM NOBRE	26.626.326-4	
ITAPEVA	MARIA ELIZA FERRARESI	9.301.936-1	
ITAPEVA	PAULO HENRIQUE SANTOS GONÇALVES	33.992.105-5	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SOROCABA - DRS XVI









LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO PRÓ-SANTA CASA 2

DATA: 11/05/2018 – Horário: 09h30min

LOCAL: AUDITÓRIO - DRS XVI

AVALIAÇÃO DO 1º TRIMESTRE/2018

BENEFICIÁRIO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITAPEVA

APIAÍ	RICARDO LEÃO SILVA	34.202.005-5	
APIAÍ	PEDRO CESAR M. RAMOS	40.209.009-3	
ITAPIRAPUÃ PAULISTA	JULIANA MARIA TEIXEIRA COSTA	83.129.875	
ITAPIRAPUÃ PAULISTA	CARINA DE FÁTIMA COSTA VALE		
GUAPIARA	JEDSON WALLA VALLE DE LIMA	39.234.001	
GUAPIARA	PAULO ROGÉRIO SANT'ANA		
BURI	ANGELICA NORONHA DE ALBUQUERQUE		
BURI	MAYARA A. RAMOS		
APOIADOR DO COSEMS	NIELSE C. M. FATTORI	10.906.282-6	