

**MATRIZ DE INDICADORES PLANO OPERATIVO - PRÓ SANTA CASA 2 - SANTA CASA DE ITAPEVA (3º TRIM/2018)**

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2018	AGO/2018	SET/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	653	769	730	2.152	Pertinente	
					D=Estimativa (420 Mês)	420	420	420	1.260		
					Resultado	155,48%	183,10%	173,81%	170,79%		
					Pontos	5	5	5	5	5	
		Análise:	A Unidade cumpriu a meta estabelecida. A Comissão identificou que no convênio preconiza apenas consultas e não exames.								
		Justificativa:	No próximo trimestre será elaborado novo modelo de documento comprobatório, considerando apenas as consultas. O DRS adequará a Planilha Matriz de Indicadores, retirando os exames da meta.								
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:										
PMIS	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	240	238	717	Pertinente	
					D=Leitos-Dia SUS UTI ADU	248	248	240	736		
					Resultado	96,37%	96,77%	99,17%	97,42%		
					Pontos	3	3	3	3	3	
		Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 97,42% (Score 3). Esta meta não consta no Plano Operativo. No Plano de Trabalho, nos campos situação atual e situação pretendida, há duas medidas (taxa de ocupação e nº de diárias) para esta meta.								
		Justificativa:									
		Recomendação:	Manter o percentual acima de 90% até 100%. Rever o Plano de Trabalho e o Plano Operativo.								
	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	263	280	257	800	Pertinente	
					D=Leitos-Dia SUS UTI NEO	310	310	300	920		
					Resultado	84,84%	90,32%	85,67%	86,96%		
Pontos					2	3	2	2			
				Nº Intern. UTI NEONATAL	24	24	29	77			
	Análise:	No documento comprobatório anexado na competência SET/2018, o campo nº de leitos/dia (C) se encontra zerado e no campo Clínica consta equivocadamente UTI ADULTO. O percentual de alcance do trimestre foi de 86,96% (Score 2). Qual a situação da reforma das instalações na UTI Neonatal? Esta meta não consta no Plano Operativo. No Plano de Trabalho, nos campos situação atual e situação pretendida, há duas medidas (taxa de ocupação e Nº de Diárias) para esta meta.									
	Justificativa:	A Unidade informa que a reforma da UTI NEONATAL está concluída.									
	Recomendação:	Buscar elevar a Taxa de Ocupação em UTI NEONATAL (SUS) para 90% até 100%. Rever o Plano de Trabalho e o Plano Operativo.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO									
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2018	AGO/2018	SET/2018	Resultado no Período	Avaliado Como	
CC	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.	472	474	488	1.434	Pertinente	
			≥ 7 dias <= 10 dias = 01	D=Saídas Espec. Cirúrgica	169	199	161	529		
			> 10 dias = 00	Resultado	2,79	2,38	3,03	2,71		
				Pontos	2	2	2	2		
		Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 2,71 dias (Score 2). Esta meta não consta no Plano Operativo. Esta meta guarda relação com a taxa de ocupação da especialidade clínica cirúrgica, a qual não consta no Plano de Trabalho.							
		Justificativa:								
		Recomendação:	Manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias. Rever o Plano de Trabalho e o Plano Operativo.							
	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 em 01 mês = 01	Pontos	1	1	1	3	3
				Sim em 02 meses = 02	Nº Alterações Relatadas	30	19	19	68	
Sim nos três meses = 03				Nº Alteraç. não Relatadas	3	0	0	3	4,23%	
	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 JUL/2018 foram informadas 30 alterações e foram constatadas 3 alterações não relatadas; na competência AGO/2018 foram informadas 19 alterações e na competência SET/2018 foram informadas 19 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional considerando que as alterações não relatadas na competência JUL/2018 foram realizadas pelo nível federal, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3).								
	Justificativa:									
	Recomendação:	Manter o nível de qualidade alcançado. Rever o Score desta meta no Plano Operativo.								
ARTICULADOR HUMANIZAÇÃO	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	Pontos	2	2	2	2	2	
			Não = 00							
				Análise:	A unidade 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.							
	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	154	90	95	339	Pertinente	
			< 80% ≥ 70% = 02	D=Usuários Pesquisa	162	99	121	382		
			< 70% ≥ 60% = 01	Resultado	95,06%	90,91%	78,51%	88,74%		
			< 60% = 00	Pontos	3	3	2	3		3
	Análise:	A unidade apresentou as informações mensais.								
	Justificativa:									
	Recomendação:	Ocorreu alinhamento referente a metodologia e a apresentação dos dados deve permanecer mensal. Rever o Score desta meta no Plano Operativo.								
			Nº de Interações	256	234	239	729			
			% Responderam Pesquisa	63,28%	42,31%	50,63%	52,40%			

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO												
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2018	AGO/2018	SET/2018	Resultado no Período	Avaliado Como				
CDOS	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	Pertinente			
					Pontos	1	1	1	1		1		
					Análise:	Encaminhado relatório de investigação e ofício encaminhado para gestora municipal. Esta meta não consta no Plano de Trabalho e nem no Plano Operativo.							
					Justificativa:								
		Recomendação:	Encaminhar as ações desenvolvidas pela instituição sobre os problemas levantados nas discussões da comissão de Óbitos (lista de orientações, reuniões, reavaliações de processo, treinamentos ou o que couber), continuo não recebendo ações referente aos problemas levantados.										
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		
	Análise:	Comissões atuantes.											
	Justificativa:												
	Recomendação:	Manutenção do estabelecido em protocolo. Rever o Score desta meta no Plano Operativo.											
	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		
					Análise:	Protocolos apresentados segundo critérios da Comissão Técnica de Avaliação							
					Justificativa:								
	Recomendação:	Atualização do protocolo. Rever o Score desta meta no Plano Operativo.											
12	QL 7 (B07)	Manter taxa de Mortalidade Institucional menor que 5%.	≤ 03% = 02 > 03 ≤ 05 = 01 > 05% = 00	N=Nº Óbitos após 24h	38	43	42	123	Pertinente				
				D=Total Saídas	750	695	656	2.101					
				Resultado	5,07%	6,19%	6,40%	5,85%					
				Pontos	0	0	0	0		0			
				Análise:	Altas taxas de mortalidade institucional.								
Justificativa:													
Recomendação:	Plano de Ação para redução dos indicadores. Rever o Score desta meta no Plano Operativo.												
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			
				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%). Rever o Score desta meta no Plano Operativo.												

**MATRIZ DE INDICADORES PLANO OPERATIVO - PRÓ SANTA CASA 2 - SANTA CASA DE ITAPEVA (3º TRIM/2018)**

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO								
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2018	AGO/2018	SET/2018	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	17,00	17,00	94,44%				
	META QUALITATIVA	18,00	15,00	15,00	83,33%				
	<b>TOTAL.....</b>	<b>36,00</b>	<b>32,00</b>	<b>32,00</b>	<b>88,89%</b>				
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS</b>	Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências JUL/2018, AGO/2018 e SET/2018, realizada no dia 26/11/2018 às 14:00hs no Auditório 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: 26/11/2018 – Horário: 14h00min

LOCAL: AUDITÓRIO - DRS XVI

AVALIAÇÃO DO 3º 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	<i>William</i>
DRS/CPA/CTAR	PAULO CESAR PUPO	11.307.760-9	<i>Paulo Pupo</i>
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/NTH	MERIGLEY CARVALHO DE ARRUDA ALBUQUERQUE	24.451.472-0	<i>Merigley Albuquerque</i>
DRS/CPA/NAM	CRISTIANE GONÇALVES DA COSTA	25.252.089.0	_____
DRS/CPA/NR	MARIA JUSTINA SANTOS NALI LANDULFO	22.209.367.5	<i>Maria Justina</i>
DRS/CGA	VERA LÚCIA PEDROSO	11.299.172-5	_____
SANTA CASA DE ITAPEVA	FABIANA SILVA GONÇALVES ALMEIDA CRUZ	30.492.508-1	<i>Fabiana Cruz</i>
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	<i>Paulo Henrique</i>
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	_____



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: 26/11/2018 – Horário: 14h00min

LOCAL: AUDITÓRIO - DRS XVI

AValiação DO 3º TRIMESTRE/2018

BENEFICIÁRIO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITAPEVA

ITAPIRAPUÁ PAULISTA	CARINA DE FÁTIMA COSTA VALE		
GUAPIARA	JEDSON WALLA VALLE DE LIMA	39.231.001	
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	
AFSESC e convênios	Elizabeth Aguiar	23839436-6	Ediqueira
DRS XVI	fernanda Ojeda	24.581.578	fu