

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										Cumpriu a Meta ?
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	OUT/2018	NOV/2018	DEZ/2018	Resultado no Período	Avaliado Como		
CPA	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	602	557	577	1.736	Pertinente	Sim
					D=Estimativa (420 Mês)	420	420	420	1.260		
					Resultado	143,33%	132,62%	137,38%	137,78%		
					Pontos	5	5	5	5		
Análise:			De acordo com o documento comprobatório o prestador cumpriu a meta.								
Justificativa:											
Recomendação:			O número de consultas médicas excedem a pactuação para um número pequeno de procedimentos cirúrgicos.								
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	Sim
					D=Estimativa (12 Mês)	12	12	12	36		
					Resultado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		
					Pontos	5	5	5	5		
Análise:			No documento comprobatório apresentado, 60% dos municípios da região aparecem com procedimento cirúrgicos realizado.								
Justificativa:											
Recomendação:			Para fins de conhecimento da Comissão, solicitamos o envio do quantitativo de cirurgia ortopédicas mensal realizadas.								
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	244	227	237	708	Pertinente	Sim
					D=Leitos-Dia SUS UTI ADU	248	240	248	736		
					Resultado	98,39%	94,58%	95,56%	96,20%		
					Pontos	3	3	3	3		
Análise:			Quanto ao documento comprobatório anexado na competência DEZ/2018, foi suprimido o campo nº de leitos SUS e a coluna nº de internações no quadro com o detalhamento por município de procedência. O percentual de alcance do trimestre foi de 96,20% (Score 3). O prestador cumpriu a meta no ano de 2018 atingindo a taxa de ocupação de 97,53% no período (Score 3). A Produção no ano de 2018 foi de 2.848 diárias. <u>Apreciação da Proposta de alteração do Plano de Trabalho:</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:											
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	187	205	269	661	Pertinente	Sim
					D=Leitos-Dia SUS UTI NEO	310	300	310	920		
					Resultado	60,32%	68,33%	86,77%	71,85%		
					Pontos	0	0	2	1		
Análise:			Quanto ao documento comprobatório anexado na competência DEZ/2018, foi suprimido o campo nº de leitos SUS e as colunas nº de internações e média permanência no quadro com o detalhamento por município de procedência. O percentual de alcance do trimestre foi de 71,85% (Score 1). O prestador cumpriu a meta no ano de 2018 atingindo a taxa de ocupação de 82,49% no período (Score 2). A Produção no ano de 2018 foi de 3.011 diárias. <u>Apreciação da Proposta de alteração do Plano de Trabalho:</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 a liberação da reforma da UTI Neonatal ocorreu na competência DEZ/2018.								
Recomendação:			Manter o percentual acima de 90% até 100%.								

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO											
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	OUT/2018	NOV/2018	DEZ/2018	Resultado no Período	Avaliado Como	Cumpriu a Meta ?		
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. D=Saídas Espec. Cirúrgica Resultado Pontos	491	456	472	1.419	Pertinente	Sim	
				≥7 dias <= 10 dias = 01		197	182	187	566			
				> 10 dias = 00		2,49	2,51	2,52	2,51			
						2	2	2	2			
		Análise:	O documento comprobatório anexado na competência DEZ/2018 apresenta conflito de informação com o indicador B05 do Programa Santa Casa Sustentável, o nº de pacientes/dia (466) não bate com o B5 (472). Na competência DEZ/2018, foi considerado na avaliação o nº de pacientes/dia constante do indicador B05 do Programa Santa Casa Sustentável acatando a justificativa do prestador. O alcance do trimestre foi de 2,51 dias (Score 2). O prestador cumpriu a meta no ano de 2018 atingindo a média de permanência de 2,81 dias no período (Score 2). Apreciação da Proposta de alteração do Plano de Trabalho: Entende-se o tempo médio de permanência como meta qualitativa e não quantitativa.									
		Justificativa:	O Prestador informa que o nº correto de pacientes/dia é o constante no indicador B05 do Programa Santa Casa Sustentável.									
		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 Pontos Nº Alterações Relatadas Nº Alteraç. não Relatadas Nº Alteraç. Inconsistentes	Sim	Sim	Sim		Pertinente	Sim	
				Sim em 01 mês = 01		1	1	1	3			3
				Sim em 02 meses = 02		24	18	120	162			96,43%
				Sim nos três meses = 03		0	4	2	6			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 OUT/2018 foram informadas 24 alterações; na competência NOV/2018 foram informadas 18 alterações e foram constatadas 4 alterações não relatadas e na competência DEZ/2018 foram informadas 120 alterações e foram constatadas 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). O prestador cumpriu a meta no ano de 2018, pontuando em todas competências do período.									
		Justificativa:										
		Recomendação:	Acompanhar as alterações publicadas no Portal CNESWEB, buscando relatar todas 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 Pontos	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim	
				Em implantação = 01		2	2	2	2			
				Não = 00		2	2	2	2			
						2	2	2	2			
		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 D=Usuários Pesquisa Resultado Pontos Nº de Internações % Responderam Pesquisa	98	94	96	288	Pertinente	Sim	
				< 80% ≥ 70% = 02		107	100	102	309			
				< 70% ≥ 60% = 01		91,59%	94,00%	94,12%	93,20%			
				< 60% = 00		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.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO													
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	OUT/2018	NOV/2018	DEZ/2018	Resultado no Período	Avaliado Como	Cumpriu a Meta ?				
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	Pertinente	Parcial			
					Pontos	1	1	1	1			1		
					Análise:	O prestador encaminhou Atas da Comissão de revisão de prontuários obstétricos, e ofícios encaminhado 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 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:	Manutenção.													
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.								
					Justificativa:									
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	39	41	40	120	Pertinente	Não			
					D=Total Saídas	678	631	685	1.994					
					Resultado	5,75%	6,50%	5,84%	6,02%					
					Pontos	0	0	0	0			0		
					Análise:	Altas Taxas de Mortalidade Institucional.								
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.								
					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	16,00	16,00	88,89%	CUMPRIDAS	11	84,62%				
			META QUALITATIVA	18,00	15,00	15,00	83,33%	CUMPRIDAS PARCIALMENTE	1	7,69%				
			TOTAL.....	36,00	31,00	31,00	86,11%	NÃO CUMPRIDAS	1	7,69%				
OBSERVAÇÕES GERAIS			Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências OUT/2018, NOV/2018 e DEZ/2018, realizada no dia 28/02/2019 às 14:00hs 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: 28/02/2019 – Horário: 14h00min

LOCAL: SALA DE APOIO - DRS XVI

AVALIAÇÃO DO 4º 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/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	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	
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: 28/02/2019 – Horário: 14h00min

LOCAL: SALA DE APOIO - DRS XVI

AVALIAÇÃO DO 4º TRIMESTRE/2018

BENEFICIÁRIO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITAPEVA

INSTITUIÇÃO	TITULAR/ SUPLENTE	RG	ASSINATURA
ITAPIRAPUÃ 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	
DRS 16	Ana Maria de Oliveira	64.558.738-2	