



SANTA CASA ITAPEVA

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
1	A01. CNES Atualizado	PERTINENTE	3,00	3,00	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). Recomendamos a Unidade acompanhar as alterações publicadas no Portal CNESWEB, buscando relatar as alterações realizadas.
2	A02.1. CID secundário informado - Pediatria	NÃO PERTINENTE	1,00	1,00	Os dados da competência MAI / 2019 não foram inseridos no Portal CROSS, contudo os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. A Comissão de Monitoramento Regional (CMR) acorda que na competência MAI / 2019 serão considerados os dados do documento comprobatório. O percentual de alcance do trimestre foi de 72,59% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 25%, buscando elevar o maior percentual apresentado no trimestre avaliado.
3	A02.2. CID secundário informado - Obstetrícia	NÃO PERTINENTE	1,00	1,00	Os dados da competência MAI / 2019 não foram inseridos no Portal CROSS, contudo os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. A Comissão de Monitoramento Regional (CMR) acorda que na competência MAI / 2019 serão considerados os dados do documento comprobatório. O percentual de alcance do trimestre foi de 93,45% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 25%, buscando elevar o maior percentual apresentado no trimestre avaliado.
4	A02.3. CID secundário informado - Clínica Médica	NÃO PERTINENTE	1,00	1,00	Os dados da competência MAI / 2019 não foram inseridos no Portal CROSS, contudo os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. A Comissão de Monitoramento Regional (CMR) acorda que na competência MAI / 2019 serão considerados os dados do documento comprobatório. O percentual de alcance do trimestre foi de 76,89% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 25%, buscando elevar o maior percentual apresentado no trimestre avaliado.
5	A02.4. CID secundário informado - Clínica Cirúrgica	NÃO PERTINENTE	1,00	1,00	Os dados da competência MAI / 2019 não foram inseridos no Portal CROSS, contudo os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. A Comissão de Monitoramento Regional (CMR) acorda que na competência MAI / 2019 serão considerados os dados do documento comprobatório. O percentual de alcance do trimestre foi de 51,21% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 25%, buscando elevar o maior percentual apresentado no trimestre avaliado.
6	A03. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências	PERTINENTE	5,00	5,00	Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências. No trimestre avaliado foram realizadas 180 atualizações no Portal CROSS das 182 esperadas, atingindo o percentual de 98,90%. maior que 90% no trimestre
7	A04. Atendimento de Urgência e Emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana	PERTINENTE	5,00	2,00	Atendimento de urgência e emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana. No trimestre avaliado, das 1970 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência 1707 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de 86,64%. Alcançando 02 Pontos no Score.
8	A05. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo de Leitos ou Leitos com AIH, da ocupação dos leitos hospitalares	PERTINENTE	5,00	5,00	Atualização diária, no Portal CROSS, da ocupação dos leitos hospitalares, No trimestre avaliado o total de internações foi 2232 no módulo leitos sendo que 2232 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 100%. Alcançando 05 Pontos no Score.



SANTA CASA ITAPEVA

	Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
9	A06. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados	PERTINENTE	5,00	5,00	No trimestre avaliado o total de agendamento foi de 368, destes, 365 foram informados recepção dentro do prazo, correspondendo a 99,18%. Alcançando 05 Pontos no Score.
10	A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial	PERTINENTE	5,00	5,00	Disponibilização mensal da agenda no módulo de regulação ambulatorial, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial. Durante o período avaliado a instituição disponibilizou 375 consultas / exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS no prazo estabelecido, sendo que 375 foi o total de agendas disponibilizadas no período, o que representa 100%. Alcançando 05 Pontos no Score.
11	A08. Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco	PERTINENTE	2,00	2,00	Protocolo implantado com apresentação mensal dos pacientes atendidos segundo classificação de risco. Em atendimento aos ?Parâmetros Qualitativos: Acesso e acolhimento garantido; Integralidade na atenção e Fortalecimento da gestão do cuidado?, a unidade foi orientada a mencionar no relatório do mês de setembro, as informações que demonstrem as análises do processo que ocorreram no trimestre, evidenciando o acompanhamento e melhorias que couberem.
12	A09. Alta Hospitalar Responsável	PERTINENTE	2,00	2,00	Participação frequente nas discussões sobre alta responsável com DRS e municípios de referência. Efetiva revisão dos fluxos e instrumentos de registros de alta e encaminhamento para a rede de assistência. Processos de orientação aos usuários e familiares / cuidadores para a alta e encaminhamento qualificado para a rede de assistência. Equipe de ?alta responsável? criada e em funcionamento.
13	A10. Custos por Absorção	PERTINENTE	2,00	2,00	A Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 2º trimestre / 2019 os Relatórios dos Custos Hospitalares por Absorção, ou seja, o de custos de cada um dos produtos / procedimentos prioritários (Relatório 1) e o que demonstra a utilização da metodologia de Custos por Absorção (Relatório 2), com a memória de todos os custos diretos / indiretos / fixos / variáveis dos procedimentos selecionados.
14	A11. Política Estadual de Humanização (PEH)	PERTINENTE	2,00	2,00	Qualificação dos aspectos: grupalidades, PIH e apoio sistemático da Rede de Articuladores e Núcleo Técnico de Humanização da SES / SP, de acordo com as orientações A11.1 e A11.2
15	A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)	NÃO PERTINENTE	3,00	1,00	Os dados da competência MAI / 2019 não foram inseridos no Portal CROSS, contudo os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. A Comissão de Monitoramento Regional (CMR) acorda que na competência MAI / 2019 serão considerados os dados do documento comprobatório. O percentual de alcance do trimestre foi de 71,71% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 80%.
16	A13. Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato a realização do procedimento (APAC)	NÃO PERTINENTE	3,00	3,00	Os dados da competência MAI / 2019 não foram inseridos no Portal CROSS, contudo os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. A Comissão de Monitoramento Regional (CMR) acorda que na competência MAI / 2019 serão considerados os dados do documento comprobatório. O percentual de alcance do trimestre foi de 100,00% (Score 3). Recomendamos manter o percentual apresentado no trimestre avaliado.
17	A14. Caracterização correta da internação: Urgência (caráter 2 à 6) / Eletiva (caráter 1) por amostragem	PERTINENTE	2,00	2,00	Caracterização correta da internação: urgência (caráter 2 à 6) eletivas (caráter 1) - por amostragem acima de 80% no trimestre.
18	A15.1. Comissões - Ética Médica	PERTINENTE	0,50	0,50	Comissão atuante.
19	A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar	PERTINENTE	0,50	0,50	Comissão atuante.
20	A15.3. Comissões - Óbito	PERTINENTE	0,50	0,50	Comissão atuante.
21	A15.4. Comissões - Prontuários	PERTINENTE	0,50	0,50	Comissão atuante.



SANTA CASA ITAPEVA					
	Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
22	A16. Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes	PERTINENTE	2,00	2,00	
23	A17. Plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas	PERTINENTE	2,00	2,00	Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas - atualizado e em conformidade com o estabelecido na Resolução SS 02 / 2017.
24	A18.1. Licença de Alvará - VISA	PERTINENTE	1,00	1,00	Licença de alvará da VISA válido para o período avaliado.
25	A18.2. Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB	PERTINENTE	1,00	1,00	Auto de Vistoria do corpo de Bombeiros (AVCB) - válido para o período avaliado.
26	A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais)	PERTINENTE	2,00	2,00	Suspensão de 01 cirurgia; Taxa de suspensão:0,37%
27	A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	0,00	Taxa de recusa de solicitações da Central de Regulação de Urgência da CROSS. Ao analisar os dados emitidos pela CROSS observa-se que persiste o alto índice de recusa quando da solicitação pela Central de Regulação de Urgências. No período avaliado das 1970 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 1360 o que representa um percentual de recusa de 69,03% no período avaliado. A Comissão recomenda que a instituição continue revisando seu processo de trabalho em relação à melhoria do indicador.
28	A21. Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	5,00	Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 270 solicitações da Central de Urgência, 22 foram vagas zero, correspondendo a 2,76%. Alcançando 05 Pontos no Score.
29	A22. Educação permanente - capacitações e treinamentos	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição pontua, pois os documentos comprobatórios anexados confirmam os treinamentos, porém ainda há a necessidade de atentar para os programas de humanização. Em relação a lista de presença, sugiro desmembrar quando for realizado o mesmo treinamento em horários diferentes (listas separadas), a fim de garantir rastreamentos posteriores e ainda alinhar os princípios norteadores.
30	A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC)	PERTINENTE	2,00	0,00	A Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 2º Trimestre / 2019 o Balanço Patrimonial / 2018 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, com o resultado apresentado de 0,90.
31	A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	PERTINENTE	2,00	0,00	A Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 2º Trimestre / 2019 o Balanço Patrimonial / 2018 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, com o resultado apresentado de 0,39.
32	A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	PERTINENTE	2,00	2,00	A Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 2º Trimestre / 2019 o Balanço Patrimonial / 2018 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, com o resultado apresentado de 1,45.
33	A24. Relação de enfermeiros leitos	PERTINENTE	2,00	2,00	Pelo resultado apresentado este indicador demonstra que a instituição encontra-se dentro do esperado em relação a quantidade ideal de enfermeiros. Score 0,40%

SANTA CASA ITAPEVA					
	Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
34	B01. Taxa de alcance da produção conveniada/contratada	PERTINENTE	3,00	3,00	Dos agrupamentos pactuados, houve o cumprimento respectivo de 90,90%; 90,90% e 100% de cumprimento da meta, pontuando de acordo com o score. 93,93%. Orientamos a utilizar a matriz de acordo com a o manual 2019.



SANTA CASA ITAPEVA					
Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
35	B02. Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica)	NÃO PERTINENTE	3,00	3,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O prestador informa que o aumento da ocupação é decorrente da falta de atendimento dos hospitais da região e as internações em oncologia. O percentual de alcance do trimestre foi de 99,14% (Score 3). Recomendamos manter o percentual acima de 85% até 100%.
36	B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto	NÃO PERTINENTE	3,00	0,00	Quanto ao documento comprobatório; na competência JUN / 2019 o documento anexado e os dados inseridos no Portal CROSS são da competência MAI / 2019; nas competências ABR / 2019 e MAI / 2019 a taxa de ocupação ultrapassa 100%. 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%. O prestador apresentou o documento comprobatório da competência JUN / 2019 no momento da avaliação e o mesmo foi anexado ao Portal CROSS. A Comissão de Monitoramento Regional (CMR) considerando que devido à inconsistência da competência JUN / 2019 a avaliação fica prejudicada, acorda que o prestador não pontua (score 0). Recomendamos manter o percentual acima de 90% até 100%.
37	B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica	PERTINENTE	2,00	2,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 5,51 dias (Score 2). Recomendamos manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.
38	B05. Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	O nº de pacientes-dia da clínica cirúrgica constante do Portal CROSS (531) não bate com o documento comprobatório (536) da competência JUN / 2019. O prestador informa que se trata de um equívoco ao inserir o nº de pacientes-dia da competência JUN / 2019 no Portal CROSS. A Comissão de Monitoramento Regional (CMR) considerando a justificativa do prestador, o batimento com as informações da clínica cirúrgica do B02 e a qualificação do documento comprobatório da competência JUN / 2019, acorda que o prestador pontua neste indicador. O alcance do trimestre corrigido foi de 3,14 dias (Score 2). Recomendamos maior atenção ao inserir os dados no Portal CROSS e manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.
39	B06. Tempo médio de permanência - UTI Adulto	PERTINENTE	2,00	2,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 5,61 dias (Score 2). Recomendamos manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.
40	B07. Taxa de mortalidade institucional	NÃO PERTINENTE	2,00	0,00	Taxa de Mortalidade Institucional (GERAL) > 5 no trimestre.
41	B08. Indicadores de infecção hospitalar	PERTINENTE	2,00	2,00	Indicadores de infecção hospitalar - relatórios padronizados anexados mês à mês.
42	B09. Incidência de queda de paciente	PERTINENTE	2,00	2,00	02 quedas no período, as medidas corretivas foram tomadas. O relatório aponta que foram reforçadas as ações de prevenção. Score 0,17%.
43	B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 8,15 saídas / leito (Score 2). Recomendamos manter o índice de rotatividade igual ou superior à 4 saídas / leito.
44	B11. Índice de uso de sala cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 3,46 cirurgias / sala / dia (Score 2). Recomendamos buscar manter o Índice de Uso de Sala Cirúrgica igual ou superior à 3 cirurgias / sala / dia.
<b>TOTAL</b>			<b>103,00</b>	<b>84,00</b>	
				<b>81,55%</b>	



### **Observações da Comissão**

Segue em anexo a Lista de Presença da Comissão Regional Sustentáveis - SOROCABA, referente à reunião realizada no dia 19/08/2019 às 10h:00min no Auditório deste DRS XVI para avaliação dos indicadores do Ano 2019, 2º trimestre (ABRIL/2019, MAIO/2019 e JUNHO/2019) da SANTA CASA DE ITAPEVA.