

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2017	AGO/2017	SET/2017	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	467	525	452	1.444	Pertinente	
					D=Estimativa (420 Mês)	420	420	420	1.260		
					Resultado	111,19%	125,00%	107,62%	114,60%		
					Pontos	5	5	5	5		5
	Análise:		A Comissão solicitou ao Gestor os relatórios do SIA para comprovação. A Unidade ultrapassou a meta pactuada atingindo a pontuação máxima.								
	Justificativa:										
Recomendação:		Manter o percentual de 100% ou mais.									
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.	51	74	59	184	Pertinente	
					D=Estimativa (12 Mês)	12	12	12	36		
					Resultado	425,00%	616,67%	491,67%	511,11%		
					Pontos	5	5	5	5		5
	Análise:		A Comissão solicitou ao Gestor os relatórios do SIHD para comprovação. A Unidade ultrapassou a meta pactuada atingindo a pontuação máxima.								
	Justificativa:										
Recomendação:		Manter o percentual de 100% ou mais.									
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	246	238	232	716	Pertinente	
					D=Leitos-Dia SUS UTI ADU	248	248	240	736		
					Resultado	99,19%	95,97%	96,67%	97,28%		
					Pontos	3	3	3	3		3
	Análise:		Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 97,28%.								
	Justificativa:										
	Recomendação:		Manter o percentual acima de 90% até 100%.								
	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	324	306	325	955	Pertinente	
					D=Leitos-Dia SUS UTI NEO	310	310	300	920		
					Resultado	104,52%	98,71%	108,33%	103,80%		
					Pontos	3	3	3	3		3
	Análise:		Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 103,80%.								
	Justificativa:		A Unidade informa que para poder atender a região, por ser referência de gestação de alto risco, a quantidade de leitos é insuficiente, ocasionando a abertura de leito extra rotineiramente.								
	Recomendação:		Manter a Taxa de Ocupação em UTI NEONATAL (SUS) acima de 90% até 100%.								
	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.	510	517	460	1.487	Pertinente	
D=Saídas Espec. Cirúrgica					162	141	197	500			
Resultado					3,15	3,67	2,34	2,97			
Pontos					2	2	2	2	2		
Análise:		Quanto ao documento comprobatório anexado na competência Agosto/2017, o nº de pacientes/dia da clínica cirúrgica informado (417) difere do informado no indicador B05 no Programa Santa-Casa-Sustentável (517). O alcance do trimestre corrigido foi de 2,97 dias (Score 2).									
Justificativa:		A Unidade informa que na competência Agosto/2017 se trata de um erro de digitação e que o correto é o contante no indicador B05 do Programa Santa-Casa-Sustentável.									
Recomendação:		Manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2017	AGO/2017	SET/2017	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	3	
				Sim em 01 mês = 01		Pontos	1	1			1
			Sim em 02 meses = 02	Análise: 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 JULHO/2017 foram informadas 23 alterações; na competência AGOSTO/2017 foram informadas 17 alterações e constatamos 1 alteração não relatada e na competência SETEMBRO/2017 foram informadas 22 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional considerado que ocorreu apenas 1 inconsistência, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3).							
			Sim nos três meses = 03	Justificativa:	Recomendação: Atentar para a qualificação das alterações relatadas.						
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).							
			Justificativa:			Recomendação: Os relatórios mensais que devem ser apresentados são atas das reuniões realizadas pelo Centro Integrado de Humanização (CIH) e o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) que demonstrem a implementação da Política Estadual de Humanização (PEH) de acordo com o Plano Institucional de Humanização (PIH) já enviado. Orientamos que os documentos sejam 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 (A09)	Manter índice de satisfação do usuário SUS na maternidade igual ou superior a 80% de bom e ótimo	≥ 80% = 03	Resultado	90	52	75	217	Pertinente	
				< 80% ≥ 70% = 02		D=Usuários Pesquisa	95	55	80		230
			< 70% ≥ 60% = 01	Análise: Verificado que todos os itens avaliados nos três meses apresentaram índice ≥ 80%. Utilizada a média aritmética dos itens avaliados.							
			< 60% = 00	Justificativa:							
Recomendação: Alinhamento referente a metodologia e apresentação dos dados.			Pontos								
CDQS	09	QL 4	Apresentar Investigação do nº de Óbitos materno e infantil pela maternidade com inserção dos profissionais envolvidos.	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	
				Parcial = 01		Pontos	2	2	2	2	2
			Não = 00	Análise: A instituição encaminhou as Atas da Comissão de Revisão de Prontuários Obstétricos e Revisão de Óbitos, conforme o solicitado.							
			Justificativa:			Recomendação: Solicito que nas próximas reuniões conste na Ata as intervenções que serão realizadas sobre os apontamentos feitos na Ata de falhas que necessitam de adequações. Ex: Descrição realizada na Ata revisão de prontuários obstétricos(constam 21 prontuários ilegíveis) - qual a intervenção realizada para melhorar o registro no prontuário.					
	10	QL 5 (A15)	Manter atuantes a realização de reuniões das Comissões obrigatórias (Ética Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Prontuários)	Sim = 02	Resultado	1- Ética Médica	Sim	Sim	Sim	Pertinente	
				Parcial = 01		2- Controle Infec. Hospit.	Sim	Sim	Sim		Sim
			Não = 00	Análise: Comissões atuantes.							
			Justificativa:			Recomendação: Manter Comissões atuantes.					
Pontos			Pontos								

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO											
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2017	AGO/2017	SET/2017	Resultado no Período	Avaliado Como			
CTAR	11	QL 6	Manter protocolos de referência e contra-referência no ambulatório de ortopedia trauma de Urgência/Emergência	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente		
				Em implantação = 01		● 2	● 2	● 2	● 2			
				Não = 00		● 2	● 2	● 2	● 2			
				Pontos							● 2	● 2
	Análise:		Protocolo apresentado.									
	Justificativa:											
	Recomendação:		Protocolo de abril de 2015 (?) . Sugestão: atualizar protocolos segundo periodicidade pré-estabelecida (6 meses? 1 ano?). Sugestão de alterar indicador para "Manter ATUALIZADOS os protocolos de referência e contra-referência no ambulatório de ortopedia trauma de Urgência/Emergência"									
	12	QL 7 (B07)	Manter taxa de Mortalidade Institucional menor que 5%.	≤ 03% = 02	N=Nº Óbitos após 24h D=Total Saídas Resultado Pontos	51	30	40	121	Pertinente		
				> 03 ≤ 05 = 01		794	737	685	2.216			
				> 05% = 00		6,42%	4,07%	5,84%	5,46%			
				Pontos							● 0	● 1
	Análise:		Taxas de mortalidade institucional elevadas.									
Justificativa:		Complexidade do nosocômio e perfil epidemiológico da população atendida.										
Recomendação:		Análise aprofundada dos óbitos evitáveis, em torno de 40% do total. Elaborar plano de ação diante das constatações.										
13	QL 8 (B08)	Apresentar relatório mensal com os Indicadores de infecção hospitalar padronizados pelo Grupo de Vigilância Epidemiológico (GVE)	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente			
			Não = 00		● 2	● 2	● 2	● 2				
			Pontos							● 2	● 2	
			Análise:		Relatórios apresentados segundo metas estabelecidas.							
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					
			META QUANTITATIVA	18,00	18,00	18,00	100,00%					
			META QUALITATIVA	18,00	16,00	16,00	88,89%					
			TOTAL.....	36,00	34,00	34,00	94,44%					
OBSERVAÇÕES GERAIS			Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências JUL/2017, AGO/2017 e SET/2017, realizada no dia 08/11/2017 às 09:30hs no Auditório do DRS XVI SOROCABA.									